



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'hôpital**

**Promotion 2005**

---

**LA SECURITE DES PERSONNES ET DES  
BIENS A L'HOPITAL : UNE GESTION DE  
RISQUES A PART ENTIERE**

(ANALYSE DEVELOPPEE A PARTIR DE  
L'EXEMPLE DE L'HOPITAL ROTHSCHILD,  
AP-HP)

---

**Karim AMRI**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels qui ont bien voulu répondre à mes attentes pour aborder cette thématique, plus particulièrement les personnels de l'hôpital Rothschild, de l'AP-HP et également aux fonctionnaires de la Préfecture de Police de Paris. Ce mémoire n'aurait également pas pu aboutir sans la confiance accordée par Aude Boilley-Rayroles et Jean René Moreau.

Enfin, une reconnaissance particulière s'adresse aux personnes qui ont porté un regard attentif à l'élaboration de ce mémoire notamment à Katsiaryna Okuneva.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>1ERE PARTIE : LA QUESTION RECURRENTE DE LA MALVEILLANCE NUISANT A LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS A L' HOPITAL INTERROGE LE DIRECTEUR D'HOPITAL SUR LES IMPLICATIONS ET LES MODALITES DE SA PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>5</b>
<b>I . UNE TYPOLOGIE DES ACTES DE MALVEILLANCE QUI NECESSITE UNE APPROCHE SPECIFIQUE DES RISQUES LIES A LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS A L'HOPITAL .....</b>	<b>5</b>
<b>I.A UNE TYPOLOGIE DES ACTES DE MALVEILLANCE AUX FRONTIERES PAS TOUJOURS CLAIREMENT IDENTIFIEES .....</b>	<b>5</b>
I.A.1 UNE TYPOLOGIE CLASSIQUE ET THEORIQUE INSPIREE DE LA CLASSIFICATION PENALE .....	6
I.A.2 UNE TYPOLOGIE SOCIETALE ET HOSPITALIERE DES INFRACTIONS EN TANT QUE TYPOLOGIE PENALE RESTRICTIVE .....	8
<b>I.B UNE TYPOLOGIE QUI DOIT COMPLETEMENT S'INSCRIRE DANS LA TYPOLOGIE DES RISQUES AL' HOPITAL.....</b>	<b>10</b>
I.B.1 L' ETENDUE DU CHAMP DES RISQUES A L' HOPITAL INTEGRE T- ELLE CES RISQUES LIES A LA MALVEILLANCE ? .....	10
I.B.2 LES RISQUES LIES A LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS NE FONT PAS ENCORE L'OBJET D'UNE GESTION DE RISQUES SPECIFIQUE POUVANT LES INCLURE A TERME DANS UNE GESTION GLOBALISEE DES RISQUES A L' HOPITAL.....	12
<b>II. L' HOPITAL VICTIME RECURRENTE ET CROISSANTE DU RISQUE LIE A LA MALVEILLANCE.....</b>	<b>14</b>
<b>II.A L'EXIGENCE ACCRUE DE SECURITE A LAQUELLE L' HOPITAL DOIT FAIRE FACE EST D' AUTANT PLUS PROBLEMATIQUE QU'IL EST PARALLELEMENT CONFRONTE A LA VIOLENCE SOCIETALE QU'IL SUBIT EN TANT QUE LIEU OUVERT.....</b>	<b>14</b>
II.A.1 L' HOPITAL FACE A UNE SOCIETE DE PLUS EN PLUS VIOLENTE ET EXIGEANTE .....	15

II.A.2 LA CONFIGURATION DES HOPITAUX COMME UN AUTRE FACTEUR EXPLICATIF .....	17
<b>II.B LE BILAN DES ACTES DE MALVEILLANCE A L'HOPITAL CONNAIT UNE TENDANCE A LA HAUSSE .....</b>	<b>19</b>
II.B.1 UNE ETUDE RETROSPECTIVE A L' HOPITAL ROTHSCHILD METTANT EN LUMIERE LA PROBLEMATIQUE DES VOLS.....	19
II.B.2 LES CHIFFRES DE L'AP-HP SOULIGNENT EUX AUSSI LES LIMITES DU PLAN ANTI-MALVEILLANCE DEVELOPPE DANS LES ANNEES 90 .....	21
II.B.3 UN BILAN INTERVENTIONNEL DES AGENTS DE SECURITE QUI ILLUSTRERAIT L'AMPLEUR DU PHENOMENE .....	23
<b>III. LE DIRECTEUR D'HOPITAL, CONCERNE EN PREMIER CHEF PAR CETTE GESTION DE RISQUES ANTI-MALVEILLANCE.....</b>	<b>24</b>
<b>III.A LE DIRECTEUR D' HOPITAL, GARANT DU BON FONCTIONNEMENT DE L' HOPITAL .....</b>	<b>24</b>
III.A.1 DES POUVOIRS REELS EN LA MATIERE SONT MIS A LA DISPOSITION DU DIRECTEUR D' HOPITAL .....	24
III.A.2 TOUTEFOIS, CES POUVOIRS NE SONT PAS SANS CONSEQUENCES SUR LA RESPONSABILITE DU CHEF D' ETABLISSEMENT .....	26
III.A.3 SECURISER SON ETABLISSEMENT EN DIMINUANT LES ACTES DE MALVEILLANCE PARTICIPE A LA MISSION D' INTERET GENERAL CONFIEE AU DIRECTEUR D' HOPITAL .....	27
<b>III.B ASSURER LA MISSION DE LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS CONFERE UN INTERET CERTAIN AU CHEF D' ETABLISSEMENT ...</b>	<b>28</b>
III.B.1 UNE GESTION DE RISQUES QUI S'ACCORDE PLEINEMENT AVEC LE COMPORTEMENT DES NOUVEAUX DECIDEURS PUBLICS .....	28
III.B.2 LES INTERNALITES ET EXTERNALITES NEGATIVES LIES A CES RISQUES DE LA MALVEILLANCE COMPORTENT DES ENJEUX ECONOMIQUES IMPORTANTS .....	29
<b>2<sup>EME</sup> PARTIE : LA PROBLEMATIQUE, ABORDEE SUR LE TERRAIN DE L'HOPITAL ROTHSCHILD PAR UNE METHODOLOGIE VISANT NOTAMMENT A LA REALISATION D' UN AUDIT ACCOMPAGNE D' UNE ENQUÊTE SPECIFIQUE AUPRES DES PERSONNELS, A REVELE LES DIFFICULTES DE CETTE PRISE EN CHARGE TOUT EN SOULIGNANT LES BESOINS EN MATIERE DE GESTION DE RISQUES.....</b>	<b>33</b>

<b>I.</b>	<b>LA PRISE EN CHARGE DE CETTE PREOCCUPATION A L' HOPITAL ROTHSCHILD S' EST APPUYEE SUR UNE METHODOLOGIE ABOUTISSANT SUR UN AUDIT ET SUR UNE ENQUETE INTERNE RESERVEE AUX PERSONNELS .....</b>	<b>33</b>
<b>I.A</b>	<b>L'IMPULSION DE LA DIRECTION VISANT A LA REALISATION D'UN AUDIT INTERNE, S'EST EGALEMENT ACCOMPAGNEE D'ENTRETIENS MENES EN INTERNE ET EN EXTERNE.....</b>	<b>33</b>
<b>I.A.1</b>	<b>UN AUDIT INTERNE DEVANT PRENDRE EN COMPTE LES DIFFICULTES ACTUELLES LIEES A LA MALVEILLANCE AINSI QUE LES PERSPECTIVES FUTURES DANS LE CADRE DE LA CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL .....</b>	<b>34</b>
<b>I.A.2</b>	<b>UNE METHODOLOGIE S'APPUYANT EGALEMENT SUR DES ENTRETIENS MENES EN INTERNE ET EN EXTERNE .....</b>	<b>35</b>
<b>I.B</b>	<b>UNE PROBLEMATIQUE QUI A PARALLELEMENT FAIT L'OBJET D'UNE ENQUETE DE <i>VICTIMISATION</i> AUPRES DES PERSONNELS SOIGNANTS ET D'UNE MICRO-ENQUETE AUPRES DES PERSONNELS DU SERVICE DE SECURITE.....</b>	<b>36</b>
<b>I.B.1</b>	<b>UNE ENQUETE DE VICTIMISATION AUPRES DES PERSONNELS SOIGNANTS S'APPUYANT SUR UNE METHODOLOGIE SOUS LA FORME DE QUESTIONNAIRES .....</b>	<b>37</b>
<b>I.B.2</b>	<b>UNE MICRO-ENQUETE AUPRES DES AGENTS DE SECURITE S'APPUYANT EGALEMENT SUR UNE METHODOLOGIE SOUS LA FORME DE QUESTIONNAIRES .....</b>	<b>38</b>
<b>II.</b>	<b>UN AUDIT QUI MET EN LUMIERE LES DIFFICULTES LIEES A LA LUTTE CONTRE LES ACTES DE MALVEILLANCE.....</b>	<b>39</b>
<b>II.A</b>	<b>DES MOYENS HUMAINS ET TECHNIQUES LIMITES PAR DES DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES .....</b>	<b>39</b>
<b>II.A.1</b>	<b>UNE GESTION DE LA MALVEILLANCE CLOISONNEE ET SOUFFRANT D'UN FAIBLE RETRAITEMENT QUALITATIF DES FAITS.....</b>	<b>39</b>
<b>II.A.2</b>	<b>DES CIRCUITS DE LUTTE <i>ANTI-MALVEILLANCE</i> NON COORDONNES.....</b>	<b>41</b>
<b>II.B</b>	<b>UN DISPOSITIF EN TRANSITION QUI DOIT REPOSER SUR DES AMELIORATIONS ORGANISATIONNELLES ET DES ACTIONS DE FORMATION SPECIFIQUES.....</b>	<b>44</b>
<b>II.B.1</b>	<b>VERS UNE MEILLEURE RESPONSABILISATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS .....</b>	<b>44</b>

II.B.2	VERS UNE PROFESSIONNALISATION DES AGENTS DE SECURITE A CE TYPE D' INSECURITE .....	46
II.B.3	VERS UNE MEILLEURE ARTICULATION DES SERVICES ET DES MOYENS	48
<b>III.</b>	<b>L'ENQUETE REALISE AUPRES DES PERSONNELS CONFIRME LES TENDANCES REVELEES PAR L'AUDIT ET SOULIGNE LEUR INTERET POUR CETTE QUESTION .....</b>	<b>50</b>
<b>III.A.</b>	<b>L'ENQUETE REALISEE AUPRES DES PERSONNELS SOIGNANTS CONFIRME LA PROBLEMATIQUE DES VOLS EN OCCULTANT LE SENTIMENT D'INSECURITE, FACTEUR SOUVENT PARTICIPATIF DE CETTE INSECURITE.....</b>	<b>50</b>
III.A.1	UNE BONNE PARTICIPATION DES PERSONNELS SOIGNANTS SOULIGNANT LEUR INTERET POUR LA PROBLEMATIQUE .....	50
III.A.2	DANS L'EXERCICE DE LEURS FONCTIONS, LES PERSONNELS CONFIRMENT LES TENDANCES DE L'AUDIT EN TERME D'ACTIVITE .....	52
III.A.3	CONCERNANT L' HOPITAL ROTHSCHILD EN GENERAL, LES PERSONNELS EVOQUENT D'AUTRES DIFFICULTES.....	57
<b>III.B</b>	<b>LA MICRO-ENQUETE REALISE AUPRES DES AGENTS DE SECURITE SOULIGNE LE MALAISE QUI PREDOMINE DANS LEUR PROFESSION.....</b>	<b>61</b>
III.B.1	DES REPONSES REFLETANT UN SENTIMENT LIE AU MANQUE DE RECONNAISSANCE .....	61
III.B.2	DES ENTRETIENS SEMI DIRECTIFS QUI VIENNENT CONFORTER LA NECESSITE DE LA PRISE EN COMPTE DE CETTE PROBLEMATIQUE : .....	64
<b>3<sup>EME</sup></b>	<b>PARTIE : LES MOYENS MIS A LA DISPOSITION DU DIRECTEUR D'HOPITAL ET LES RECENTES MESURES PRISES PAR LES AUTORITES DE TUTELLE CONVERGENT VERS LA MISE EN PLACE D' UNE POLITIQUE DE GESTION DE RISQUES APPROPRIEE, LAQUELLE DEVRAIT CONCOURIR A LUTTER CONTRE LES INTERNALITES ET EXTERNALITES NEGATIVES LIEES A CE PHENOMENE.....</b>	<b>66</b>
<b>I.</b>	<b>UNE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT QUI DOIT TENIR COMPTE DES DISPOSITIFS TECHNOLOGIQUES.....</b>	<b>66</b>
<b>I.A</b>	<b>DES ACCES ET DES LIEUX MIEUX SECURISES .....</b>	<b>66</b>
I.A.1	TOUTES LES ENTREES ET SORTIES DE L'HOPITAL SOUS VIDEOSURVEILLANCE ET A AUTORISATION ELECTRONIQUE .....	66
I.A.2	DES ZONES ET DES LOCAUX HIERARCHIQUEMENT SECURISABLES .....	68

I.A.3	UN QUADRILLAGE DE L'HOPITAL CONFORTE PAR LA MISE EN PLACE D'UN RONDIER ELECTRONIQUE .....	69
<b>I.B</b>	<b>DES PERSONNELS DISPOSANT DE MOYENS DE PREVENTION, DE DISSUASION ET DE PROTECTION .....</b>	<b>70</b>
I.B.1	DES PERSONNELS DISPOSANT DE MOYENS DE PREVENTION ET DE DISSUASION.....	70
I.B.2	DES PERSONNELS DISPOSANT DE SYSTEME DE PROTECTION DE TRAVAILLEUR ISOLE (PTI) .....	72
<b>II.</b>	<b>LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS DOIT REPOSER SUR DES ASPECTS ORGANISATIONNELS QUI TROUVENT LEUR FONDEMENT DANS UNE GESTION DE RISQUES A PART ENTIERE.....</b>	<b>73</b>
<b>II.A</b>	<b>CETTE GESTION DE RISQUES DOIT S'APPUYER SUR L' ELABORATION DE TABLEAUX DE BORD PRENANT EN COMPTE L 'ENSEMBLE DE L' ACTIVITE MALVEILLANCE.....</b>	<b>73</b>
II.A.1	DES INDICATEURS DE SUIVI ELABORES SUR LES FAITS ANTERIEURS DE MALVEILLANCE .....	73
II.A.2	DES INDICATEURS DE SUIVI QUI RETRACERONT L' ACTIVITE DU SERVICE EN CHARGE DE CES QUESTIONS.....	74
<b>II.B</b>	<b>UN OUTIL INFORMATIQUE SPECIFIQUE A CE SUIVI A ETE ELABORE EN COLLABORATION AVEC LA CELLULE INFORMATIQUE.....</b>	<b>74</b>
II.B.1	LA REPONSE APPORTEE PAR OSIRIS QUI PERMET UN SYSTEME DECLARATIF GLOBALISE DES RISQUES A L'HOPITAL NE PEUT SE SUBSTITUER A UN OUTIL DE RECENSEMENT ET DE TRAITEMENT SPECIFIQUE DE L' ACTVITE MALVEILLANCE. ....	74
II.B.2	UN CONSTAT QUI A PERMIS L' ELABORATION IN SITU D'UN OUTIL INFORMATIQUE EVOLUTIF LEQUEL POURRA ETRE FACILEMENT UTILISE DANS LES HOPITAUX. ....	75
<b>III.</b>	<b>CETTE POLITIQUE, QUI DEVRA EGALEMENT S'APPUYER SUR UN MANAGEMENT PARTICIPATIF AVEC LE DEVELOPPEMENT NOTAMMENT D' UN PLAN DE COMMUNICATION, A DEJA ETE ESQUISSEE PAR LES PREMIERES MESURES URGENTES PRISES PAR LES AUTORITES DE TUTELLE.....</b>	<b>76</b>
<b>III.A.</b>	<b>CETTE PROBLEMATIQUE QUI CONCERNE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE L' HOPITAL NECESSITE PAR CONSEQUENT LA MISE EN PLACE D'UN MANAGEMENT PARTICIPATIF .....</b>	<b>76</b>
III.A.1	LA MISE EN PLACE DE GROUPES DE TRAVAIL AD HOC .....	77

III.A.2 UN COMPTE RENDU REGULIER DES ACTIONS DE PREVENTION ET DE SENSIBILISATION .....	77
<b>III.B UN PLAN DE COMMUNICATION ADAPTE A CE TYPE DE RISQUES.....</b>	<b>78</b>
III.B.1 UNE COMMUNICATION EN INTERNE EN DIRECTION DES PERSONNELS..	79
III.B.2 UNE COMMUNICATION EN EXTERNE EN DIRECTION DES PATIENTS ET DES INTERVENANTS EXTERIEURS .....	80
III.B.3 UNE COMMUNICATION EFFICIENTE ENTRE SERVICES.....	80
<b>III.C LES MESURES RECENTES PRISES PAR LES AUTORITES DE TUTELLE VIENNENT S'INSCRIRE DANS CETTE NECESSITE D'ACTION .....</b>	<b>82</b>
III.C.1 UNE SECURITE DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS QUI INTERPELLE LE MINISTERE DE L' INTERIEUR, DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES .....	82
III.C.2 LE PLAN STRATEGIQUE DE L'AP-HP 2005-2009 IMPOSE UNE POLITIQUE AD HOC EN MATIERE DE SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS .....	83
III.C.3 FACE AUX EVENEMENTS RECENTS, LE MINISTERE DE TUTELLE A ANNONCE UN ENSEMBLE DE MESURES POUVANT SERVIR DE SOCLE À LA MISE EN PLACE D'UNE GESTION DE RISQUES A PART ENTIERE DANS CE DOMAINE. ....	84
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>87</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>89</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>93</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AMDEC : Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leurs Criticités

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AP-HM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

CAA : Cour Administrative d'Appel

CCM : Comité Consultatif Médical

CE : Conseil d'Etat

CHSCT : Comité sur l'Hygiène, la Sécurité et les Conditions de Travail

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CLHSCT : Comité Local d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CLSSI : Comité Local de Sécurité des Soins Infirmiers

CNEH : Centre National de l'Expertise Hospitalière

CNQ : Coût de la Non Qualité

COQ : Coût d'Obtention de la Qualité

COVIRIS : Coordination des Vigilances et des Risques

CTLE : Comité Technique Local d'Etablissement

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins

EPS : Etablissement Public de Santé

ERP : Etablissement Recevant du Public

HACCP: Hazard Analysis and Critical Control Point

IHESI : Institut de Hautes Etudes en Sécurité Intérieure

INRS: Institut National de Recherche et de Sécurité

IPP: Incapacité Partielle Permanente

ISA: Indice Synthétique d'Activité

ITT : Incapacité Totale de Travail

NCP: Nouveau Code de Procédure Pénale

OFCE : Observatoire Français des Conjonctures Economiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPJ : Officier de Police Judiciaire

OSIRIS : Organisation du Système d'Information des Risques Sanitaires

SEQASS : Service de l'Evaluation, de la Qualité, de l'Accréditation et de la Sécurité Sanitaire

SHAM : Société Hospitalière d'Assurance Mutuelles

## INTRODUCTION

Depuis quelques années, il a été constaté dans la société une recrudescence des actes de malveillance, un accroissement des attitudes agressives. Le rapport sur « la violence et la santé » publié en 2002 par l'OMS affirme que *« La violence doit être considérée comme une question de santé publique en étudiant quel rôle nous avons à jouer pour prévenir les phénomènes de violence et leurs impacts sanitaires. Lorsque l'on considère l'ensemble des violences qui affectent notre société dans la ville, sur les routes, dans les familles, **les établissements médicaux** et sociaux, l'école, les transports, les entreprises, on voit se dessiner un phénomène majeur. Si l'on prend en compte les conséquences somatiques et physiologiques de l'exposition à la violence, nous avons affaire à **un phénomène qualitativement inquiétant**. Et si l'on intègre la menace bio terroriste, qui n'est pas un fantasme, il est clair que nous faisons face à des problèmes de type nouveau, une nouvelle manière de réfléchir et d'agir en santé publique »*. Le monde du travail notamment la sphère hospitalière n'échappe pas à ce phénomène. La violence qu'elle soit physique ou psychique s'y développe. On retrouve ainsi dans un classement des professions les plus exposées établi par l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)<sup>1</sup>, les personnels des services de soins et ceux exposés au contact de personnes potentiellement violente (agents de sécurité, personnel psychiatrique). Cette classification n'est pas sans nous rappeler les drames récents ayant touché les hôpitaux à l'instar de l'établissement de Pau. Sans pour autant généraliser ce phénomène, force est de reconnaître que travailler directement avec le public est aujourd'hui devenu, par force, un facteur à risques comme le rappelle justement l'INRS.

L'hôpital Rothschild n'échappe pas lui aussi à ce phénomène d'insécurité. Même si les actes de malveillance, principalement des vols et des atteintes au droit d'accueil, gardent toute proportion gardée un niveau tolérable, ils revêtent néanmoins un caractère particulier en raison de l'atteinte portée au caractère paisible de l'établissement. Or, cette malveillance s'inscrit comme un risque de plus, perturbant tant la qualité des soins que celle des conditions de travail. En outre, si la circulaire DHOS/P1/2000 N°609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence a permis de poser les premiers jalons d'une prise de conscience et d'une sensibilisation à ces problèmes d'insécurité, nous constatons aujourd'hui que la situation impose désormais d'autres mesures urgentes. Des premières décisions en ce sens ont été prises

---

<sup>1</sup> Travail et Agressions. Etat des lieux et Prévention des risques. INRS. Janvier 2003.

par les pouvoirs publics<sup>2</sup> suite aux récents faits de violence ayant touché les Etablissements Publics de Santé (EPS). A l'instar de la sécurité incendie, les hôpitaux doivent être en mesure de connaître l'urgence, de la localiser et de prendre les premières mesures dans l'attente de l'intervention des forces de l'ordre. Force est de constater que le dispositif mis en place se situe encore assez loin de la réponse attendue par les professionnels pour faire face à l'isolement des hôpitaux et a fortiori pour lutter efficacement contre l'insécurité en générale. Dotés aujourd'hui d'un dispositif nécessitant de passer d'une phase de transition à une phase de maturité, les EPS devront néanmoins faire face à cette problématique dans un cadre plus élargi incluant une réflexion technique, humaine et organisationnelle. Sans parler de *bunkérisation* de l'hôpital et même si «la sécurité doit rester hospitalière avant d'être sécuritaire»<sup>3</sup>, force est de reconnaître que la situation nous incite à réfléchir sur les différents moyens notamment dans une gestion globalisée de ces risques qui nous permettraient de mieux sécuriser nos hôpitaux. Pour y parvenir, il faut s'assurer de la connaissance de cette activité, inscrire ses investissements immobiliers dans une logique de sécurisation, s'appuyer sur les technologies de protection des personnels et enfin développer un management organisationnel lié à cette problématique. L'exposition permanente de l'hôpital à la malveillance en tant que réalité sociétale dont les conséquences sont nombreuses nous invite à réfléchir par conséquent sur la pérennisation d'une gestion de risques adéquate. Ce mémoire dont l'objet est de vous en présenter une étude développée à partir de l'exemple de l'hôpital Rothschild s'articulera de la façon suivante :

- 1 – La question récurrente de la malveillance nuisant à la sécurité des personnes et des biens à l'hôpital interroge le directeur d'hôpital sur les implications et les modalités de sa prise en charge
- 2 – La problématique, abordée sur le terrain de l'hôpital Rothschild par une méthodologie visant notamment à la réalisation d'un audit accompagné d'une enquête spécifique auprès des personnels, a révélé les difficultés de cette prise en charge tout en soulignant les besoins en matière de gestion de risques
- 3 – Les moyens mis à la disposition du directeur d'hôpital et les mesures récentes prises par les autorités de tutelle convergent vers la mise en place d'une politique de gestion de risques appropriée, laquelle devrait concourir à lutter contre ces internalités et externalités négatives liées à ce phénomène.

---

<sup>2</sup> Circulaire DHOS/P 1 n° 2005-327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique. Discours de Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités. La sécurisation des établissements de santé. 9 août 2005.

<sup>3</sup> Roger Le Doussal. La sécurité à l'hôpital. Editions ESF.1992.

# **1ERE PARTIE : LA QUESTION RECURRENTE DE LA MALVEILLANCE NUISANT A LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS A L' HOPITAL INTERROGE LE DIRECTEUR D'HOPITAL SUR LES IMPLICATIONS ET LES MODALITES DE SA PRISE EN CHARGE**

La recrudescence des actes de malveillance lesquels parfois ne sont ni clairement définis, ni bien identifiés interpelle directement le directeur d'hôpital, en tant que « garant », et assurant le bon fonctionnement de l'hôpital.

## **I. UNE TYPOLOGIE DES ACTES DE MALVEILLANCE QUI NECESSITE UNE APPROCHE SPECIFIQUE DES RISQUES LIES A LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS A L'HOPITAL**

### **I.A UNE TYPOLOGIE DES ACTES DE MALVEILLANCE AUX FRONTIERES PAS TOUJOURS CLAIREMENT IDENTIFIEES**

L'hôpital est ainsi souvent situé entre les deux frontières, légales et usuelles, avec toutefois une tendance à la croissance pour les dernières lesquelles ne trouvent généralement que très peu de réponses adaptées.

Un rappel de la typologie des actes violents, de l'incivilité au crime est un préalable nécessaire à toute étude menée sur la malveillance car en effet, prédomine souvent quelques incertitudes entre les frontières légales et les frontières usuelles. Mais il existe aussi une violence morale, psychique subie à l'occasion d'injures ou insultes d'un patient ou résultant d'une situation à laquelle la personne a assisté. Ce qui nous conduit à aborder deux approches, l'une classique avec les aspects juridiques de la typologie pénale et l'autre plus sociologique ayant notamment trait à la sphère hospitalière.

## I.A.1 UNE TYPOLOGIE CLASSIQUE ET THEORIQUE INSPIREE DE LA CLASSIFICATION PENALE<sup>4</sup>

Si l'évolution de la criminalité et de la délinquance ainsi que des violences en général fait l'objet d'analyses et de recherches à partir de statistiques tenues par le ministère de l'intérieur<sup>5</sup>, force est de constater que le thème de la présente étude sur la malveillance à l'hôpital ne peut s'appuyer sur aucun système d'observation, aucune donnée chiffrée globalisée. La violence au sens commun de ce qui produit des effets brutaux peut revêtir différentes formes. Les blessures reçues en sont la manifestation physique la plus évidente. Le code pénal constitue une typologie sociale de référence des violences. La qualification juridique des violences et la classification des peines résultent de la loi et distinguent, selon le degré de gravité présentée par la victime et appréciée en nombre de jours d'Incapacité totale de travail (ITT) : la contravention, le délit et le crime.

### ***- Le niveau contraventionnel : l'incapacité totale de travail de zéro à huit jours***

*- Les violences dites légères :*

Les violences dites légères, c'est à dire celles qui n'ont entraîné aucune ITT, sont punies d'une contravention de 4<sup>e</sup> classe soit d'une amende de 750 euros au plus. La notion de violence ne doit cependant pas être entendue au simple sens physique du contact entre auteur et victime ni limitée à des coups. Ainsi la Chambre Criminelle de la Cour de Cassation a-t-elle été amenée à préciser que " *la violence ou voie de fait ne suppose pas nécessairement qu'une atteinte ait été portée à la personne physique d'autrui ; elle est caractérisée suffisamment par un geste ou une attitude de nature à impressionner une personne raisonnable* ".

*- Les violences simples :*

Si l'ITT est inférieure ou égale à huit jours, l'article R. 625-1 du code pénal prévoit une contravention de 5<sup>e</sup> classe soit, au plus, 1 500 euros d'amende.

### ***- Le niveau correctionnel : l'incapacité totale de travail de huit jours***

Si les violences ont entraîné une incapacité totale de travail **de plus de huit jours, il s'agit d'un délit** qui, en application de l'article 222-11 du code pénal, est passible de trois

---

<sup>4</sup> Cours de droit Pénal dispensés en licence de criminologie obtenu à Paris VIII, 2001-2002.

<sup>5</sup> Ministère de l'intérieur, Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France en 2004 (par les services de police et les unités de gendarmerie). Rapport 2005, Bibliothèque des Rapports Publics.

ans de prison et de 45 000 euros d'amende. Dans cette classification des violences, le code pénal fait une mention particulière pour les violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente qui sont punies de dix ans d'emprisonnement et 150 000 euros d'amende.

Il convient de souligner l'importance du certificat délivré à l'issue de l'examen médical de la victime et l'enjeu que représente le nombre de jours d'ITT qui lui est reconnu. Le seuil de huit jours d'ITT fait, en effet, passer l'infraction de la catégorie de la contravention à celle du délit plus sévèrement poursuivie et sanctionnée.

Le certificat de constatations qui établit une ITT ne doit d'ailleurs pas être, comme c'est habituellement le cas, confondu avec le certificat d'arrêt de travail délivré par un médecin : il s'agit de deux documents distincts établis pour des destinataires différents.

Le premier est un document délivré pour les autorités judiciaires indiquant de façon précise les atteintes subies par la victime afin de permettre de qualifier juridiquement les faits (contravention, délit ou crime) et de fixer ultérieurement le niveau de la réparation.

Le deuxième qui constate également une incapacité physique de travail, est un document destiné à la sécurité sociale pour permettre le versement d'indemnités journalières et à l'employeur comme justification d'absence.

#### **- Le niveau criminel**

Le meurtre - homicide volontaire est passible d'une peine de trente ans de réclusion criminelle. En cas d'homicide involontaire, la peine prévue par l'article 222-7 du code pénal est de quinze ans de réclusion criminelle.

#### **- Peines complémentaires et circonstances aggravantes**

D'une façon générale, le code pénal prévoit de tenir compte de circonstances aggravantes en considération de la situation :

- soit de la victime : de sa vulnérabilité (en raison de l'âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique, etc.) ou de sa qualité ou de sa fonction (magistrat, gendarme, policier, témoin, toute personne chargée d'une mission de service public au nombre duquel il faut compter le personnel hospitalier, etc.) ;
- soit de l'auteur : infraction commise par le conjoint ou un membre de la famille de la victime, par une personne dépositaire de l'autorité publique, etc. ;
- soit des lieux ou circonstances : avec ou sans arme, à plusieurs, à proximité d'un établissement scolaire, etc.

Il n'est pas possible d'entrer dans le détail du code pénal mais ces quelques éléments succincts tendent à montrer qu'il existe un ensemble de dispositions répressives plutôt développées et mises à jour par le législateur pour sanctionner les infractions portant atteinte aux personnes et aux biens. Il faut d'ailleurs souligner l'importance des peines

encourues par les auteurs, peines qui tiennent compte de la gravité des violences exercées, des circonstances et des protections particulières (dont l'hôpital fait partie) que le législateur a déterminées. Ce rappel met en lumière l'importance de la classification de l'infraction au regard des atteintes. Ainsi, la personne qui a aujourd'hui et/ou qui aura demain la délégation pour porter plainte doit être en mesure de les connaître.

L'étendue du dispositif répressif permet-il cependant de couvrir toutes les situations de violences qui peuvent se rencontrer dans l'hôpital ?

## **I.A.2 UNE TYPOLOGIE SOCIETALE ET HOSPITALIERE DES INFRACTIONS EN TANT QUE TYPOLOGIE PENALE RESTRICTIVE**

Selon l'IHESI<sup>6</sup>, « seulement un fait sur douze et un fait de menace sur six seraient déclarés ». Ainsi, il importe de dissocier cette approche sociologique ou de terrain afin de l'identifier, la qualifier et enfin tenter de la mesurer.

La notion d'infraction est avant tout une notion juridique. C'est la loi qui détermine les crimes et délits et qui fixe les peines applicables à leurs auteurs et c'est le règlement qui détermine les contraventions et les peines applicables aux contrevenants.

Conformément à l'article 8 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen : " *Nul ne peut être puni qu'en vertu d'une loi établie et promulguée antérieurement au délit*".

La bienséance, la courtoisie, la politesse, toutes ces règles de conduite sociale qui facilitent les rapports sociaux sont couramment violées. Elles ne peuvent être sanctionnées pénalement mais cet état de fait peut rendre insupportables les relations professionnelles entre le personnel ou avec la *patientèle*.

Outre une perception juridique et légale, il y a une perception personnelle des faits. Tel geste ou telle parole, toléré et communément supporté par une personne peuvent devenir intolérables, insupportables par une autre qui peut se sentir agressée. Dans cette appréciation subjective, le sentiment d'insécurité peut jouer un rôle essentiel.

Des éléments tels que le manque ou le défaut d'entretien des locaux d'accueil ou de soins, des espaces publics attenants, des stationnements sauvages et non indiqués, les bruits de salle d'attente, la consommation d'alcool ou de produits stupéfiants, etc. sont des facteurs forts de ce sentiment d'insécurité. Il peut s'accroître quant il s'agit de détériorations ou de dégradations volontaires : graffitis, vitres cassées, ampoules brisées,

---

<sup>6</sup> IHESI, Les français et la sécurité : 3 sondages réalisés en 1996 sur l'insécurité et ses remèdes, Gremy Jean-Paul, Ed.IHESI, Octobre 1997

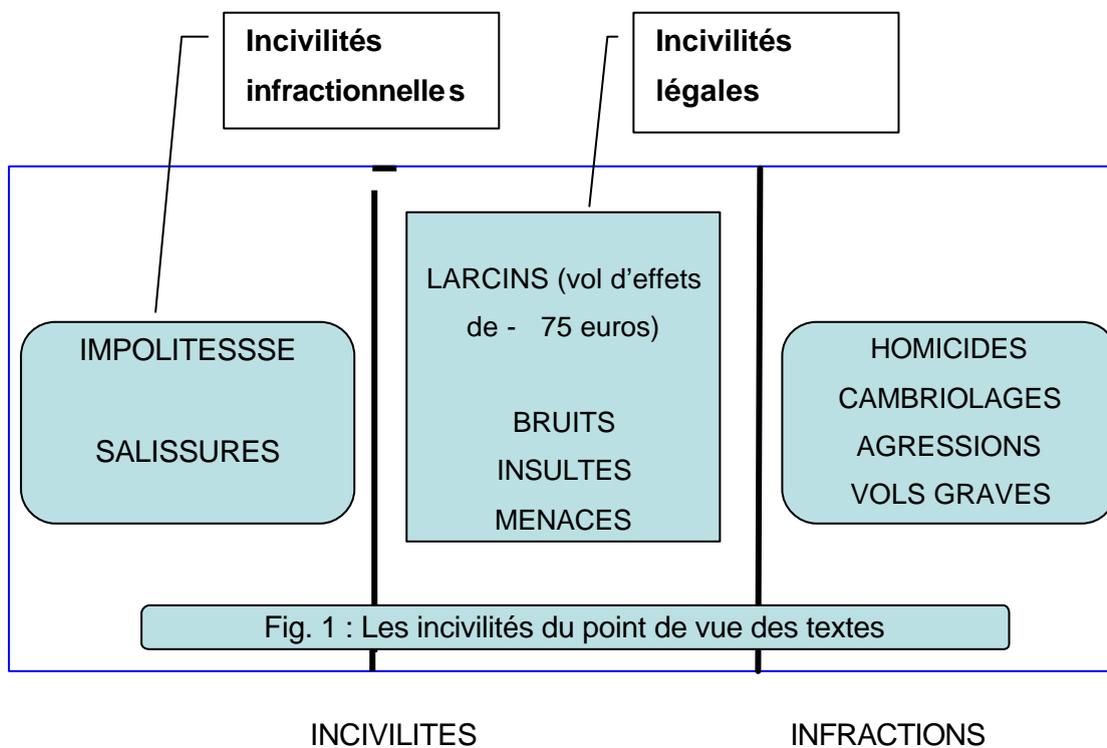
etc. pour devenir intolérables quand il s'accompagne de menaces, insultes, petits larcins (dans les services par ex.) et de coups (dans la prise en charge médicale par ex.).

Il s'opère ainsi un glissement de l'incivisme (infraction à la règle sociale non sanctionnée pénalement) à l'infraction susceptible d'être sanctionnée pénalement.

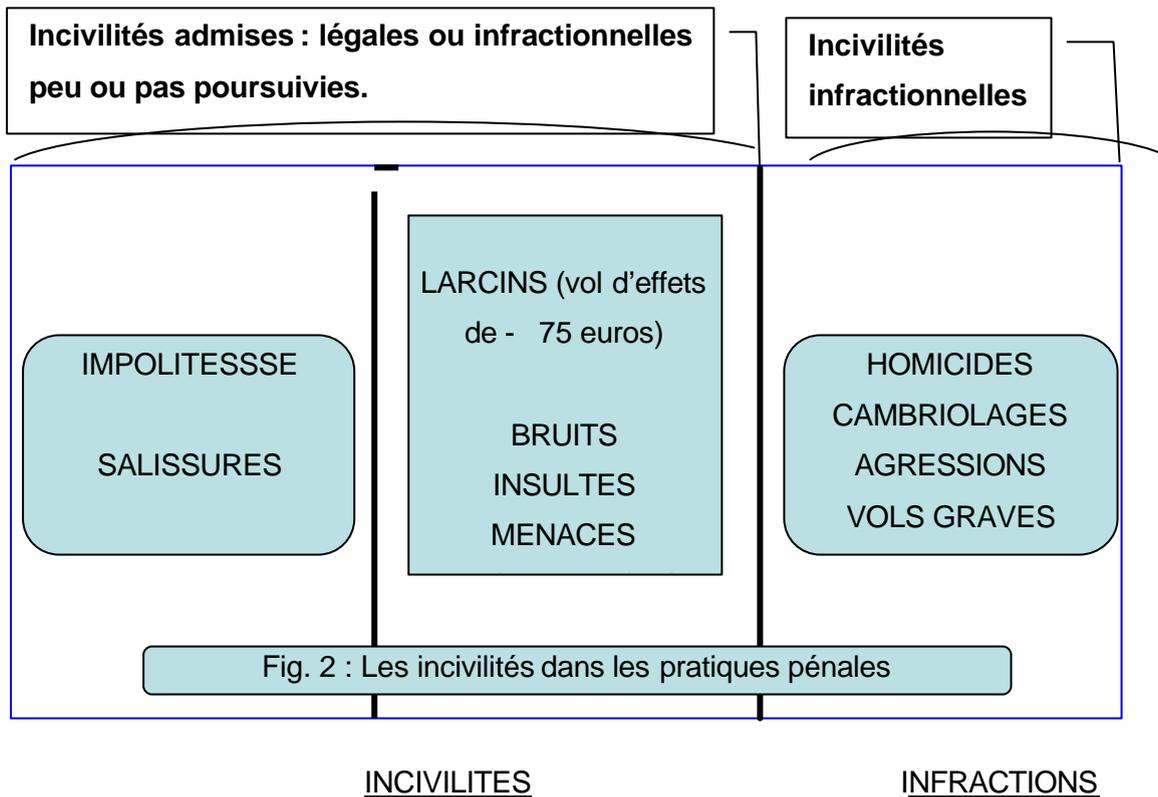
Or, il est exact qu'un certain nombre de faits précités constituent des délits, souvent qualifiés de mineurs et ne sont pas poursuivis au plan pénal ou le sont très faiblement. L'absence de sanctions ou de réactions les fait désigner désormais sous le terme d'incivilités. « *La fortune récente du mot - incivilité – révèle à la fois la prise de conscience collective du phénomène et l'imprécision qui l'entoure : synonyme d'impolitesse pour Littré, il désigne aujourd'hui les agressions mineures qui se sont banalisées.* »<sup>7</sup>

A l'origine, l'incivilité est un mot français qui désigne l'inobservation des convenances. Il est utilisé aux Etats-Unis dans les années soixante-quinze dans des publications de criminologie avant d'apparaître, en France, lié à l'analyse de l'insécurité en 1987. Cette notion d'incivilité qui s'est largement répandue permet de "désigner ainsi des troubles sans les assimiler à des délits ". Elle permet d'établir une référence à la vie en société en général plutôt qu'à la loi et aux institutions ou à la répression.

Les schémas ci-après illustrent les incivilités vues par les textes et vécues dans la réalité



<sup>7</sup> Henri MENDRAS, Délinquance et Rébellion en France et en Europe, Revue de l'OFCE, P.224, Janvier 2003.



Ces deux schémas montrent que les curseurs des incivilités et des infractions se déplacent d'une colonne vers la droite et que la poursuite effective de ces incivilités poursuit un même mouvement.

## I.B UNE TYPOLOGIE QUI DOIT COMPLETEMENT S'INSCRIRE DANS LA TYPOLOGIE DES RISQUES A L' HOPITAL

*Le risque lui-même évolue dans le temps, sa perception se modifie, la demande de sa couverture se fait plus forte et, par voie de conséquence, le champ d'action de la responsabilité s'élargit.*<sup>8</sup>

### I.B.1 L' ETENDUE DU CHAMP DES RISQUES A L' HOPITAL INTEGRE T- ELLE CES RISQUES LIES A LA MALVEILLANCE ?

Essayer de dresser la liste des risques pouvant subvenir dans l'hôpital reviendrait à lister les risques de toutes les organisations incluant la pratique médicale, la sécurité des ERP, la sécurité des personnels, des visiteurs et bien entendu des patients, ce qui en somme fait de l'hôpital un lieu fortement exposé aux risques.

<sup>8</sup> Conseil d'Etat, Responsabilité et socialisation du risque, Rapport Public 2005.(BRP)

- *Le risque iatrogène :*

Le Haut Comité de Santé Publique définit ces risques comme « *les effets pathologiques provoqués par un médicament ou un acte médical à visée diagnostique ou thérapeutique* »<sup>9</sup>, ce qui revient à dire plus simplement qu'il s'agit de tous les risques découlant de l'activité médicale en tant que telle.

- *Le risque technique :*

Ces risques sont liés aux infrastructures immobilières et mobilières. Dans un hôpital, on peut y recenser un grand nombre comme ceux liés aux ERP notamment en terme de lutte contre les incendies, à la maintenance du parc immobilier, des véhicules, de l'informatique, des réseaux, etc. Il est intéressant de noter que la législation sur les ERP établit un classement en terme d'activités et de seuil de personnes. Ainsi, les hôpitaux sont de type U (sanitaires) et la nomenclature des ERP classe les établissements en quatre catégories qui s'échelonnent de zéro à plus de 1500 personnes. Est-il judicieux de rappeler que de par leurs activités, les EPS sont tenus de respecter des normes draconiennes qui vont en croissant suivant leur taille. Ce rappel nous permettra par la suite de comprendre les dispositifs déjà existants dans les hôpitaux notamment en terme de personnels dédiés à la sécurité incendie lesquels dispositifs ne permettent généralement pas la mutualisation des missions anti-incendie et anti-malveillance.

- *Les risques propres aux gestions des organisations :*

Ces risques qui généralement soulignent le dynamisme de la structure a l'instar des classements des hôpitaux réalisés par certains magazines<sup>10</sup>. Ils renvoient plus à la dimension économique de l' EPS laquelle regroupe néanmoins tous les risques précédemment évoqués. La gestion des ressources humaines, la responsabilité, l'image de marque tout comme les risques techniques peuvent avoir un impact sur les activités médicales et de soins. Les conséquences de ces risques se déclinent en terme de surmorbidity/mortalité, d'attractivité en terme de clientèle et d'activité, de coûts en terme de gestion des réclamations et réparations, etc. Force est de reconnaître que la sécurité des personnes et des biens est bien devenue une composante des risques agissant de façon dépréciative sur l' EPS.

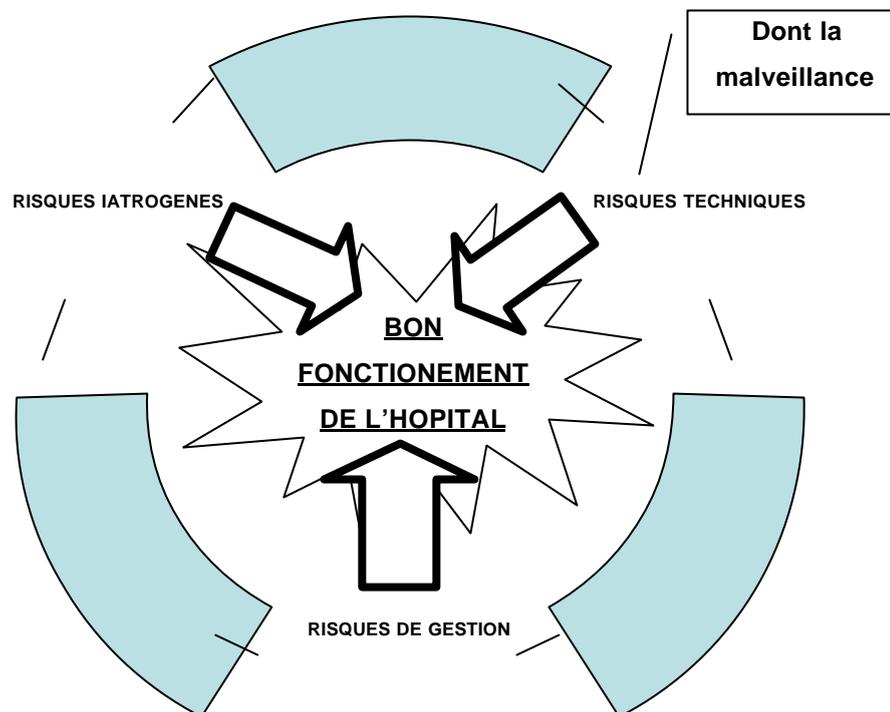
---

<sup>9</sup> Haut Comité de Santé Public, La santé en France, Rapport 2005.

<sup>10</sup> Le Point, Palmarès des hôpitaux, 25 Août 2005 et 34<sup>ème</sup> congrès de la Fédération Internationale des Hôpitaux (IHF), Le défi de la qualité : Classement des établissements hospitaliers. Nice, septembre 2005.

La description de l'ensemble de ces risques<sup>11</sup> nous renvoie bien à l'idée que les risques à l'hôpital sont globaux et complexes en tant qu'imbriqués les uns aux autres.

Ce petit schéma illustre l'imbrication des risques à l'hôpital :



### **I.B.2 LES RISQUES LIES A LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS NE FONT PAS ENCORE L'OBJET D'UNE GESTION DE RISQUES SPECIFIQUE POUVANT LES INCLURE A TERME DANS UNE GESTION GLOBALISEE DES RISQUES A L' HOPITAL**

Les organisations spécifiques à chaque risque mises en place à l'hôpital sont progressivement coordonnées en vue de former un ensemble cohérent de prévention.

- *Les vigilances<sup>12</sup> et la réglementation :*

L'ensemble des produits et des matériels de l'hôpital, est couvert par les dispositifs de surveillance. Le but est de limiter les risques et les incidents encourus en faisant remonter l'information, en dresser des tendances en vue d'élaborer une politique ad hoc, pour faire ensuite un retour de l'information.

---

<sup>11</sup> Anhoury-Viens, La gestion des risques à l'Hôpital, Edition ESF, octobre 1994

<sup>12</sup> Pour la première partie du tableau concernant les vigilances : « Risques » (produits de santé-infectieux-actes médicaux), Cf. le site internet de l'AP-HP, <http://coviris.ap-hp.fr>.

<b>RISQUES</b>	<b>PROGRAMMES</b>	<b>SIGNALEMENT</b>	<b>TEXTES</b>
Produits de santé	Pharmacovigilance Hémovigilance	Obligatoire	Décrets de 1994, 1995 et 1996, loi de sécurité sanitaire de 1998
Infectieux	Infectovigilance	Obligatoire pour liste des maladies infectieuses et à l'étude pour le reste	Décret de 1998 Circulaire d'avril 1995
Actes Médicaux	Médocovigilance (anesthésie, chirurgie ambulatoire, périnatalité...)	Volontaire	Décrets de 1992, 1994 et 1999
<b>SERVICES A RISQUES</b>	<b>OBJET</b>	<b>SIGNALEMENT</b>	<b>TEXTES</b>
Urgences	Accueil et soins Fonctionnement technique, humain et organisationnel Service à autorisation	Volontaire	Décrets de 1995 et de 1997
Maternité	Obstétrique Néonatalogie et réanimation néonatale Service à autorisation suivant le nombre d'accouchement	Volontaire	Décret de 1998
Laboratoires	Fonctionnement Service soumis à autorisation	Volontaire	Arrêtés de 1994 et 1999
Stérilisation	Fonctionnement Stérilisation des dispositifs médicaux	Volontaire	Circulaire de 1997
<b>ACTIVITES HORS SOINS</b>	<b>OBJET</b>	<b>SIGNALEMENT</b>	<b>TEXTES</b>
<b>Divers</b> : élimination des déchets, travaux, installations classées, gestion de l'eau, risques professionnels	Respect des normes, Protection, Visites périodiques, Conditionnement, Désinfection,...	Volontaire, Obligatoire en cas de manquement à la loi (infraction délictuelle)	Déchets : loi de 1975, décret de 1997, Travaux : loi MOP de 1985, Divers Codes...etc.
Sécurité incendie	Protection, Visites périodiques inopinées, Installation matériel obligatoire...	Volontaire, Obligatoire en cas de manquement à la loi (infraction délictuelle)	Législation sur les ERP et nombreux textes
Sécurité des personnes et des biens	Prévention	Volontaire Obligatoire en cas de manquement à la loi	Code pénal, Circulaire de 2001

A travers ce tableau, nous constatons que le champ de la gestion des risques à l'hôpital est un champ tellement vaste qui conduira incontestablement le directeur d'hôpital à en faire une de ses premières préoccupations.

Si les vigilances ne représentent que 5% des risques encourus à l'hôpital, le restant appartient aux services de soins, aux services médico techniques et aux activités hors soins. Ainsi, une des difficultés concernant les activités hors soins est de mesurer le niveau de leurs risques notamment en ce qui concerne la sécurité des personnes et des biens.

Toutefois, force est de reconnaître que cette problématique apparaît être, en raison de leur caractère de fréquence, de récurrence et de non maîtrise des dangers, au centre de nombreux enjeux, au premier desquels se trouve l'exigence de sécurité.

## **II. L' HOPITAL VICTIME RECURRENTE ET CROISSANTE DU RISQUE LIE A LA MALVEILLANCE**

*« Les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière sont, depuis quelques mois, le théâtre d'actes de violence de plus en plus fréquents. Qu'ils soient perpétrés contre certains de leurs agents ou contre des patients, des résidents ou des visiteurs, ces actes les plongent dans un désarroi d'autant plus grand que ces établissements peuvent se sentir obligés de réagir seuls face à ces événements. »<sup>13</sup>*

### **II.A L'EXIGENCE ACCRUE DE SECURITE A LAQUELLE L' HOPITAL DOIT FAIRE FACE EST D' AUTANT PLUS PROBLEMATIQUE QU'IL EST PARALLELEMENT CONFRONTE A LA VIOLENCE SOCIETALE QU'IL SUBIT EN TANT QUE LIEU OUVERT.**

La vision qu'on accorde à l'hôpital comme *ancestralement réceptacle de tous les maux* n'est pas qu'une exagération qui a été créée sous la simple forme d'une finesse linguistique. Il s'agit bien d'une réalité qui par la force des choses aujourd'hui veut qu'il

---

<sup>13</sup> Circulaire DHOS/P 1 n° 2005-327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements de santé, Op.cit. , p.4

soit un lieu où s'expriment les violences sociétales les plus diverses dont certaines ont choquées l'opinion publique en raison de leur gravité.

## **II.A.1 L' HOPITAL FACE A UNE SOCIETE DE PLUS EN PLUS VIOLENTE<sup>14</sup> ET EXIGEANTE**

- *Une société plus violente et plus exigeante à laquelle l'hôpital n'échappe pas :*

Quelle qu'en soit l'origine, la violence peut prendre une forme physique et/ou psychologique. Les données quantitatives existantes pour mesurer et décrire la violence subie par les professionnels de santé sont les statistiques des crimes et délits établies par la Police Nationale pour les circonscriptions urbaines et par la Gendarmerie Nationale pour les zones rurales, ainsi que les accidents du travail survenus suite à des violences. Dans le rapport du ministère de l'intérieur retraçant l'activité de la criminalité et de la délinquance en France<sup>15</sup> publiée cette année, il est fait état de l'évolution des infractions entre 1949 et 2004. Ainsi de 1949 à 2004, les « vols » et les « crimes et délits concernant les personnes » sont passés respectivement de 233 816 à 2 243 445 et de 63 941 à 339 882. Ce qui en terme d'évolution fait que les vols ont décuplés et que les crimes et délits concernant les personnes ont quant à eux quintuplé. En englobant les infractions économiques et financières ainsi que les autres infractions dont les stupéfiants, le total des infractions qui est passé de 583 249 à 3 825 442 a été multiplié par 6,5. Enfin, le taux de criminalité pour 1000 habitants qui était de 14,06 en 1949 pour une population de 41,5 millions a été multiplié par 4,5 pour atteindre 63,86 ‰ pour une population de près de 60 millions.

D'après le rapport Costargent-Vernerey<sup>16</sup>, « *Si les données nationales sont homogènes, elles comportent de nombreux biais statistiques et sont insuffisantes pour mesurer les plaintes ou les accidents de travail consécutifs à une agression* ». Ainsi, ces chiffres sont à relativiser en raison notamment de la véracité statistique sur une aussi longue période ainsi que sur les statistiques de la criminalité<sup>17</sup> elles-mêmes comme l'évoque

---

<sup>14</sup> Laurent MUCCHIELLI, Violences et insécurité, fantasmes et réalités dans le débat français, La Découverte, Octobre 2002

<sup>15</sup> Ministère de l'intérieur, Op.cit., p.6

<sup>16</sup> IGAS, Les violences subies par les professionnels de santé, présenté par Georges Costargent et Michel Vernerey, Rapport n° 2001-110, Octobre 2001, Bibliothèque des rapports publics.

<sup>17</sup> Un des aspects de la remise en cause de ces statistiques résidaient dans le fait qu'elles ne prenaient en compte que les seules infractions ayant fait l'objet d'une procédure pénale. Un effet ciseau avait été également occasionné par l'exploitation des statistiques en privilégiant des faits

Henri Mendras : « *La grande difficulté vient de l'incertitude sur les données, bien mises en valeur par le Rapport Caresche et Pandraud (2002). Les chiffres de la police, en mesurant le nombre des délits, mesure en même temps l'activité de la Police : plus la police est active, plus elle enregistre des délits* »<sup>18</sup>. Reconnaissons néanmoins qu'elles viennent confirmer les tendances de cette perception évoquées par le plus grand nombre, celle d'une augmentation certaine de la violence dans notre société.

De surcroît, cette évolution notamment celle visant aux « crimes et délits concernant les personnes » a toujours été constante sans jamais connaître de fléchissement. A contrario elle a même subi ces dix dernières années une recrudescence assez prononcée.

Ainsi, en comparant sciemment l'évolution des « crimes et délits contre les personnes », lesquels caractérisent au mieux le sentiment de violence de la société, sur les dix dernières années on constate qu'ils ont quasiment doublé en passant de 175 374 (1994) à 339 955 (2004).

Aussi, selon l'INSEE, 5% des adultes de 25 ans et plus déclaraient avoir été victimes d'une agression ou d'actes de violence en 1994 et 1995 soit dix ans plus tôt. Les tendances dégagées à l'époque s'en trouvent plus confortées aujourd'hui. En effet, le Haut Comité de Santé Publique<sup>19</sup> estime en 2004 que ce phénomène a été au moins multiplié par trois.

En outre, les personnes vivant en habitat collectif sont plus exposées et par extrapolation les hôpitaux se trouvant dans ces zones d'habitations concentrées. Si la majorité de ces agressions se déroulent la nuit, 13% avaient lieu au travail. Il ressort de résultats d'enquêtes menées dans l'Union européenne de 1990 à 2000 par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Fondation Dublin)<sup>20</sup> que « *l'accroissement du nombre de problèmes de violence dans les entreprises européennes se poursuit. Aucune amélioration des risques liés à l'environnement physique du travail et aux agressions dans les lieux de travail n'a été constatée* ».

---

élucidés et en excluant d'autres par des plaintes non comptabilisées, ce qui semble-t-il, a été corrigé aujourd'hui.

<sup>18</sup> Henri Mendras, Op. cit., p. 9

<sup>19</sup> Haut Comité de la Santé Publique, Violences et Santé, Rapport Mai 2004, Bibliothèque des Rapports Publics.

<sup>20</sup> Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Dix ans de conditions de travail, Bruxelles 2001.

## II.A.2 LA CONFIGURATION DES HOPITAUX COMME UN AUTRE FACTEUR EXPLICATIF

L'agressivité est un phénomène naturel : elle apparaît quand s'instaure une zone d'incertitude difficilement maîtrisable. En psychologie, ce symptôme de déséquilibre et de désadaptation de l'être à son milieu est généralement déclenché par un fait ou une situation qui renvoie à une frustration, un complexe, voire une demande de reconnaissance suite à une carence de l'identité et qui s'exprime par une réaction de défense non appropriée<sup>21</sup>.

Ainsi selon Gabriel MOZER<sup>22</sup>, les facteurs d'apparition sont en relation avec les situations (anxiété, peur des sanctions morales, culpabilité), avec des facteurs favorisant (le sentiment d'insécurité, les états d'intense émotion), avec des facteurs conjoncturels (la provocation, l'appartenance à un groupe, **la densité urbaine**, le chômage...).

- *Des facteurs géographiques et d'activités exposent plus certains hôpitaux :*

Le facteur géographique :

*« La sécurité des professionnels de santé se pose avec une acuité différente selon les zones géographiques, les conditions économiques et sociales et l'environnement urbain des populations. Les conditions d'exercice sont rendues plus difficiles dans certains quartiers sensibles en raison de la délinquance. »<sup>23</sup>*

Pour l'année 2004 selon les chiffres du ministère de l'intérieur, le nombre d'infractions liés aux crimes et délits contre les personnes s'échelonne de 334 pour le Cantal à 20154 pour Paris. Est-il surprenant de retrouver dans le classement des départements ayant les taux de criminalité les plus importants ceux de Paris, des Alpes Maritimes, de la Seine-Saint-Denis et des Bouches du Rhône.

Ainsi, force est de constater que les facteurs géographiques liés à la concentration urbaine<sup>24</sup> pénalisent fortement l'offre de soins dans certaines zones comme l'indique B. Banga<sup>25</sup> : *« Les établissements de court séjour en zone urbaine, dotés d'un service d'urgences se révèlent plus menacés que les hôpitaux locaux en zone rurale ».*

---

<sup>21</sup> Cf. Patrick ZILLHARDT (psychiatre), Sciences et avenir, n° 613, Mars 1998 et André MONTESINOS, Aggressivité et conflit au bloc opératoire, Gestion Hospitalière, n°352, Janvier 1996.

<sup>22</sup> Gabriel MOZER, L'agression, PUF 1987, Collection « Que sais-je ? ».

<sup>23</sup> IGAS, Op. cit., p.15

<sup>24</sup> M. Wieworka, Violence en France, Seuil, coll. "L'épreuve des faits", 1999

<sup>25</sup> B. Banga, L'insécurité à l'hôpital : l'alerte, JIM Hebdo n°343.

Selon le rapport du Docteur Jacques Lebas<sup>26</sup>, les faits graves restent exceptionnels mais les actes de violence dont sont victimes les professionnels de santé sont bien plus nombreux que les signalements. Ce constat se confirme par une enquête de la DARES<sup>27</sup> qui fait état d'une « sous-estimation » des accidents de travail de l'ordre de 8,5 %.

Le sentiment d'insécurité et les dégradations des conditions de l'exercice professionnel poussent certains praticiens à désertier les quartiers qualifiés de « zones urbaines sensibles » ou à ne pas s'y investir dans le cadre d'une prise de poste notamment pour les infirmières.

Le facteur lié à l'activité :

Toujours selon l'IGAS dans son rapport précédemment cité, les risques diffèrent selon la profession exercée : salariés travaillant en établissement avec des risques professionnels accrus pour ceux participant aux activités psychiatriques, aux activités d'urgence. Ainsi, le cas particulier des urgences hospitalières est ainsi caractérisé : forte prévalence de la violence et importance des mesures prises.

Si les actes graves demeurent en nombre limité, les actes de violence physique ou d'agressivité s'accroissent, les paroles provocantes ou blessantes deviennent insupportables et entraînent une perte de confiance et de contrôle de la part des agents non expérimentés ou non préparés à ces phénomènes. Les facteurs favorisant cette violence repérés par les professionnels sont l'agencement et l'architecture, les délais d'attente et le manque d'information, la prise en charge des populations à risque (psychiatrie, éthylisme, toxicomanie, etc.) et la qualification et la formation des personnels affectés aux urgences.

Plusieurs études et travaux se rapportant aux établissements psychiatriques et aux secteurs psychiatriques (la personnel de ces établissements est le plus exposé aux risques de violence) mettent en évidence la perception du phénomène de violence et les interactions violentes entre soignés et soignants. Elles démontrent l'intérêt d'une approche envisageant des facteurs liés aux patients et à leurs proches, des facteurs environnementaux, structurels et organisationnels, et des facteurs liés aux victimes.

---

<sup>26</sup> Délégation Interministérielle de la Ville, L'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville. Rapport de la mission du Dr Jacques Lebas, août 2002.

<sup>27</sup> Ministère de l'emploi, Enquête conditions de travail, Dares 1998.

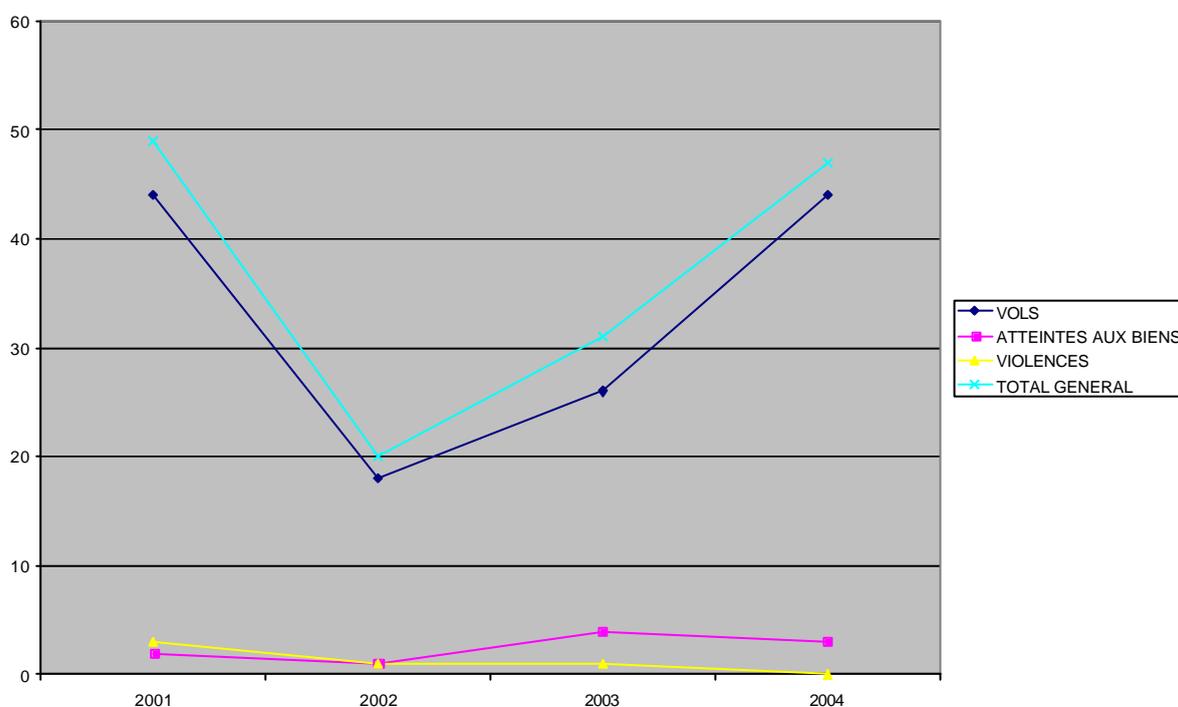
## II.BLE BILAN DES ACTES DE MALVEILLANCE A L'HOPITAL CONNAIT UNE TENDANCE A LA HAUSSE

Hospimedia dans un article publié en 2002<sup>28</sup> faisait état d'un développement des actes de violences et ce, malgré le plan de 2001 qui avait alloué 45,7 millions d'euros pour la sécurisation des hôpitaux dont 4,27 millions d'euros pour les hôpitaux d'Ile-de-France.

### II.B.1 UNE ETUDE RETROSPECTIVE A L' HOPITAL ROTHSCHILD METTANT EN LUMIERE LA PROBLEMATIQUE DES VOLS

- *Caractéristiques générales de la malveillance à l'hôpital Rothschild depuis 2001 :*

Evolution générale de la malveillance « déclarée » à l'hôpital Rothschild de 2001 à 2004:

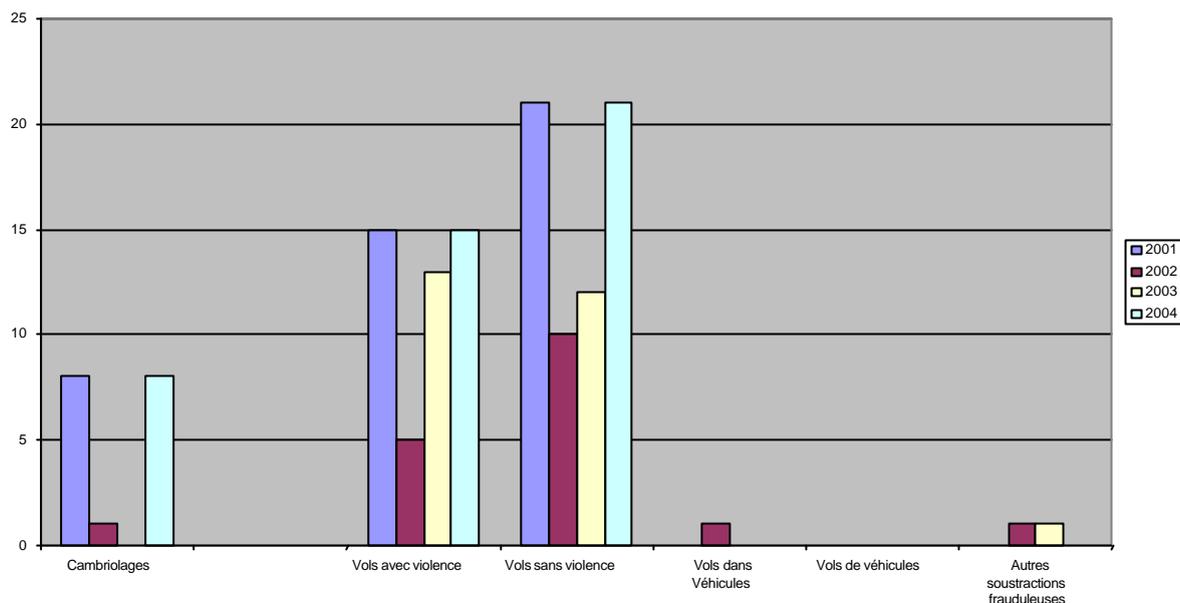


Ces courbes illustrent le creux de 2002 et la fameuse reprise qui s'ensuit. Si les violences restent un épiphénomène (à nuancer en raison du manque de fiabilité de ce mode de recensement), les vols demeurent problématiques au regard de la taille de l'établissement et de la typologie de ces derniers décrits ci-dessous.

---

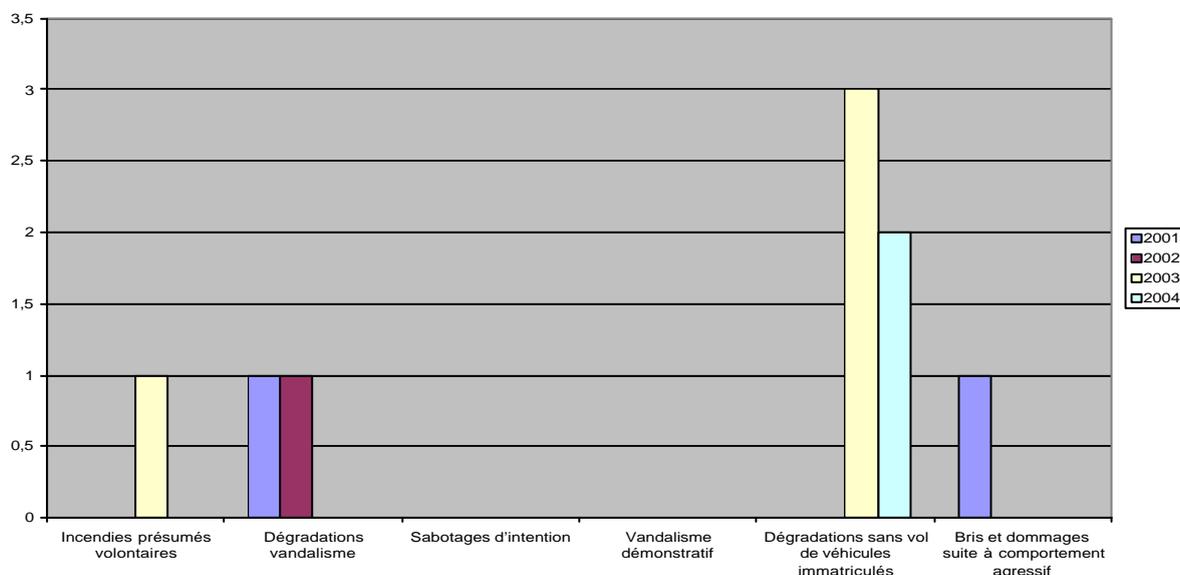
<sup>28</sup> Géraldine Langlois, Développement des actes de violence, Responsabilité hospitalière, HOSPIMEDIA, 20 mai 2002, site internet d'Hospimedia.

Un bilan des vols de 2001 à 2004 qui illustre la problématique centrale des hôpitaux :



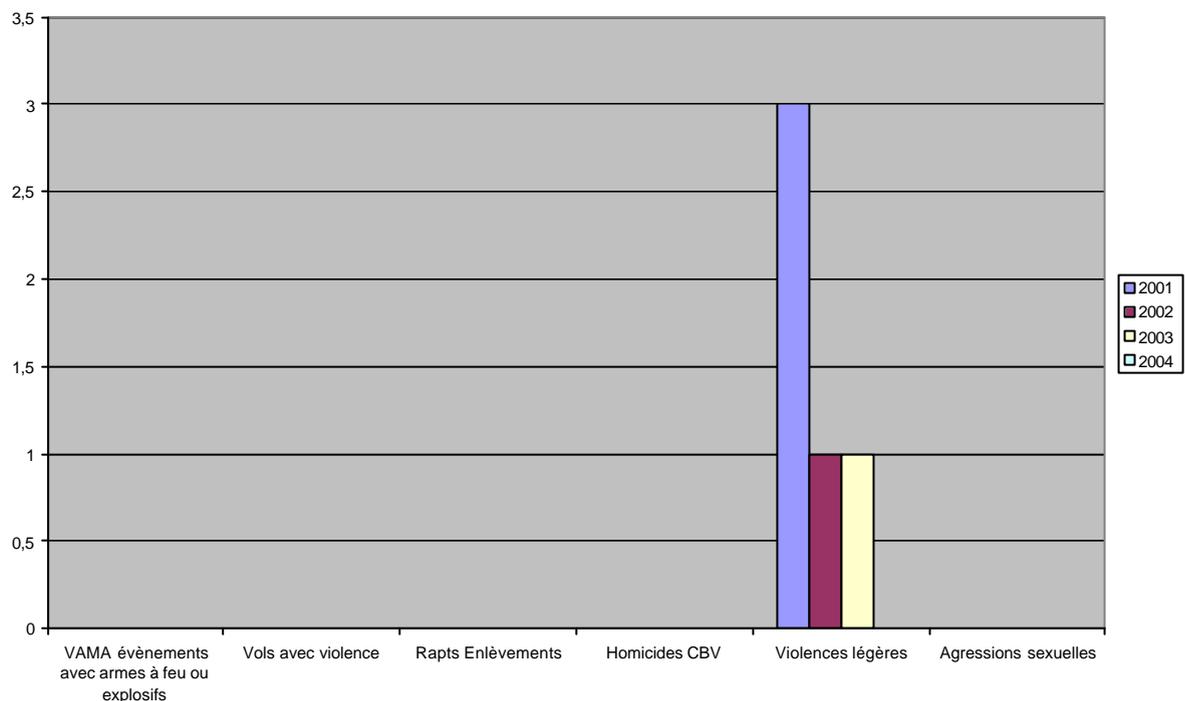
Le retraitement des données de ces vols sans violence nous laisse croire concernant qu'il s'agit principalement de vols suite à un manque de vigilance (armoires ou locaux non fermés à clefs...) et s'apparentant parfois à de l'inadvertance. Force est de reconnaître que pour bon nombre d'entre eux, le terme de pertes serait plus approprié. Il est intéressant de remarquer que depuis 2002, il y a une augmentation du nombre des vols et ce jusqu'à atteindre le niveau de 2001. Les déclarations sont systématiques dans le cas de réels vols et plus aléatoires lorsqu'il s'agit de situations moins établies dans la certitude ou ayant préalablement fait l'objet d'une inadvertance.

Un bilan des atteintes aux biens de 2001 à 2004 qui vise particulièrement les dégradations :



Concernant les atteintes aux biens, seules les dégradations « gratuites » sur véhicules connaissent une croissance en terme d'activité. On peut la qualifier de préoccupante pour deux raisons. En effet, la première est que c'est un phénomène récent car avant 2003, elles étaient nulles. Ensuite, le fait qu'elles soient aussi importantes comparées aux autres atteintes aux biens en sachant qu'elles font souvent suite à des règlements ou des conflits entre personnels laisse à présager que pour certains services, la communication n'a pas suffi.

Un bilan des violences de 2001 à 2004 qui souligne le caractère de tranquillité lié à sa situation géographique :



Enfin, les violences quant à elles restent très contenues. Ces bons résultats s'expliquent principalement par une nomenclature inadaptée qui ne prend en compte que les violences dites pénales. Toutes les autres violences lesquelles sont en partie mentionnées dans la main courante échappent à ces recensements.

## **II.B.2 LES CHIFFRES DE L'AP-HP SOULIGNENT EUX AUSSI LES LIMITES DU PLAN ANTI-MALVEILLANCE DEVELOPPE DANS LES ANNEES 90**

L'AP-HP qui malgré un plan actif de lutte contre la malveillance, basé plus sur l'intervention humaine que sur l'emploi de technologies a vu croître d'environ 12% son phénomène pour la période 2000-2004 (violences, vols et atteintes aux biens). Parallèlement, les services de sécurité de cette institution ont été fortement mobilisés en

répondant à 2004 à 17 025 demandes d'intervention soit 2 000 interventions (13%) de plus qu'en 2003<sup>29</sup> ...

*- Des actes de malveillance qui s'inscrivent dans la malveillance générale à l'AP-HP :*

Le plan anti-malveillance de l'AP-HP qui avait été mis en place dans les années 90 notamment par Roger Le Doussal<sup>30</sup> consista à doter les hôpitaux de l'AP-HP d'un service de sécurité dont la gestion était confiée à un ancien Officier de Police Judiciaire (OPJ) de la police nationale ou de la gendarmerie. En 2004, 32 hôpitaux disposaient d'une telle organisation.

En 1998, l'Assistance publique des hôpitaux de Paris a recensé dans 27 de ces établissements, soit 20 000 lits, **2 000 vols, 333 atteintes aux biens et 109 actes de violence** dont trois vols à main armée, cinq vols avec violence, quinze affaires de coups et blessures, cinq de mœurs et 81 faits de violence légère. 49 de ces agressions ont touché le personnel non médical. Le bilan en 2004 en augmentation se résumait quant à lui à **2467 vols, 344 atteintes aux biens et 145 actes de violences**. Les agressions visant au personnel soignant ont quasiment doublé pour atteindre 95 faits (104 en 2003). En effet, selon Alain HAMON, Conseiller actuel pour la sécurité général à l'AP-HP et Jacques ORSI, Chargé de sécurité à la Pitié Salpêtrière et ancien conseiller adjoint pour la sécurité à l'AP-HP, ce plan a permis dès sa mise en place au début des années 90 de faire reculer assez nettement la malveillance à l'AP-HP, mais aujourd'hui ce plan atteint ses limites en sens où les chiffres laissent croire qu'ils ont atteint un seuil<sup>31</sup>.

*- Les efforts entrepris à l'AP-HM ne viennent pas contredire le phénomène d'ampleur généré par la malveillance :*

Selon Michel Thierry<sup>32</sup>, Chargé de la sécurité générale à AP-HM, il y a eu en 2004 : 622 vols, 1202 violences et 63 agressions physiques. Ce diagnostic statistique ne saurait être complet sans prendre en compte le bilan d'activité des équipes de sécurité notamment à l'hôpital Rothschild chargées d'intervenir sur toutes les formes de dysfonctionnements entravant la bonne marche de l'hôpital en matière de sécurité.

---

<sup>29</sup> Sécurité, Anciens gendarmes et policiers aux hôpitaux de Paris, n°371, 1<sup>er</sup> juillet 2005.

<sup>30</sup> Ancien Inspecteur Général de la Police Nationale, il fut le 1<sup>er</sup> conseiller pour la sécurité au cabinet du directeur général de l'AP-HP et il est l'auteur de La sécurité à l'hôpital, Op.cit., p.4

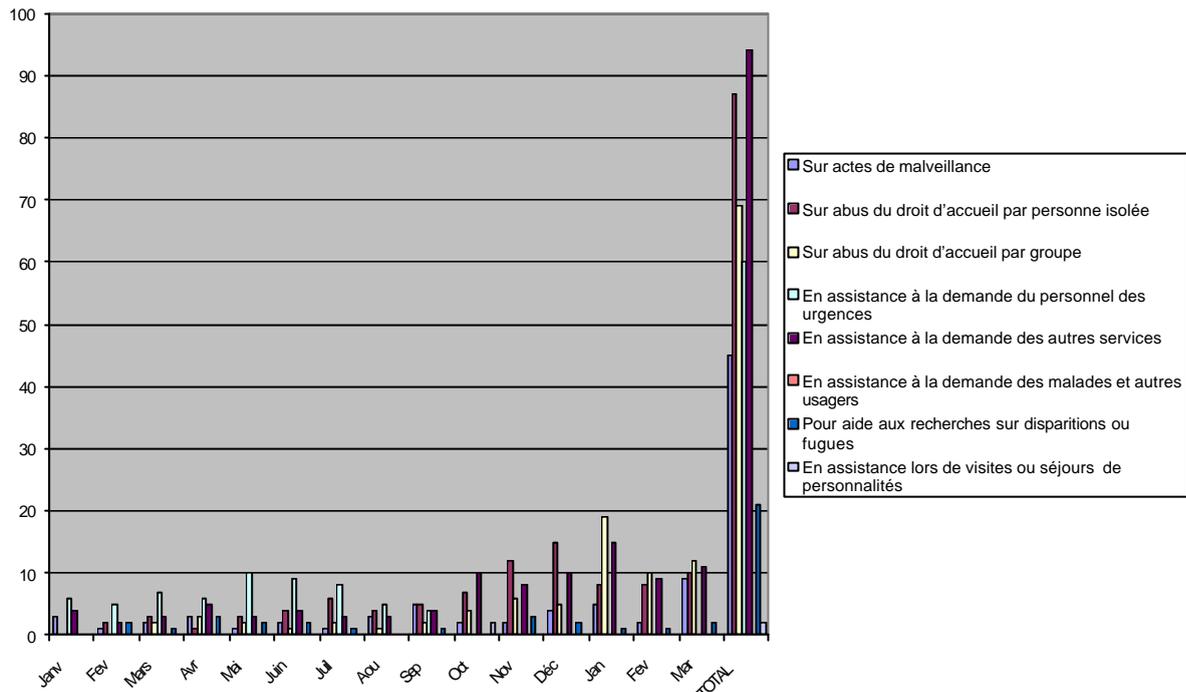
<sup>31</sup> Entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire. Concernant Alain Hamon, ancien contrôleur général de la police nationale et ex sous-directeur à direction des renseignements généraux de la Préfecture de Police, ses missions actuelles à l'AP-HP ont pris fin en septembre 2005.

<sup>32</sup> Michel Thierry, Violence et sécurité à l'AP-HM, Entreprise Santé, n°58 Juillet-août 2005.

## II.B.3 UN BILAN INTERVENTIONNEL DES AGENTS DE SECURITE QUI ILLUSTRERAIT L'AMPLEUR DU PHENOMENE

Les interventions des équipes de sécurité en 2004 de l'AP-HP et de l'AP-HM se sont respectivement élevées à 17 000 et à 2871 interventions au total, ce qui donne une certaine idée du phénomène.

Un bilan interventionnel complétant le diagnostic *malveillance* à l'hôpital Rothschild :



Ce récapitulatif nous renseigne sur le type d'interventions des agents du Poste de sécurité. Ainsi sans surprise, les interventions sur actes de malveillance correspondent aux actes de malveillance recensés sur cette période. L'abus du droit d'accueil représente quant à lui la part la plus importante des interventions soit 156 interventions.

La consultation de la main courante pour cette période localise de façon plus précise ces abus. Principalement, aux services de gynécologie obstétrique dont les visiteurs ne respectent pas les horaires de fin de visite (personnes cherchant absolument à entrer ou à rester après la fermeture) ou de règlement de sécurité (cierges allumés rituellement). Ces troubles qui ont lieu toute l'année demeurent néanmoins concentrés en soirée notamment entre 21H et 22H. Il y a également, les problèmes liés soit à l'attente ou soit à la prise en charge médicale (admissions, policlinique, services de soins).

La période est similaire toutefois dans une plage horaire s'étendant de 13H à 20H.

Le service des urgences qui n'appartient plus aujourd'hui à l'hôpital Rothschild était à lui tout seul un principal lieu d'interventions pour les agents. Ainsi de janvier à septembre

2004, 60 interventions lui ont été consacrées. Force est de reconnaître que ce point d'entrée reste aujourd'hui pour les hôpitaux un point névralgique.

Parallèlement, nous avons assisté à un phénomène intéressant de transfert vers les autres services. En effet, nous assistons à une demande interventionnelle croissante de la part des autres services depuis le départ des urgences en octobre 2004. Ces interventions sont depuis constantes et stabilisées à une dizaine en moyenne. Quant aux autres demandes, elles restent assez isolées pour en déduire une tendance même s'il est intéressant de noter que les demandes pour aide aux recherches suite à des disparitions ou à des fugues sont de manière générale assez constantes : 1,5 par mois en moyenne. Enfin, le bilan interventionnel peut donner aussi une idée de l'évolution de l'activité du service au regard de certaines mesures prises ou édictées. Ainsi, nous constatons que depuis novembre 2004 une augmentation des interventions lesquelles sont de 38,6 interventions par mois lesquelles ont été multipliées par trois en comparant le premier trimestre 2004 au premier trimestre 2005.

### **III. LE DIRECTEUR D'HOPITAL, CONCERNE EN PREMIER CHEF PAR CETTE GESTION DE RISQUES ANTHMALVEILLANCE**

#### **III.A LE DIRECTEUR D' HOPITAL, GARANT DU BON FONCTIONNEMENT DE L' HOPITAL**

Le rôle du directeur d'hôpital ne cesse de s'enrichir en raison de l'exigence de qualité requise pour lutter contre tous ces risques. La prévention de ces derniers permet à la fois de diminuer les coûts de non qualité, de faire face à la responsabilité et enfin d'œuvrer à la promotion qualitative de son établissement.

##### **III.A1 DES POUVOIRS REELS EN LA MATIERE SONT MIS A LA DISPOSITION DU DIRECTEUR D' HOPITAL**

- *Une législation qui impose des actions :*

Ainsi, l'article L 230-2 du Code de la Santé Publique précise que *le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement*. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une

organisation et de moyens adaptés. Pour y parvenir, le directeur d'hôpital doit être en mesure d'évaluer et de mesurer les risques, de mener des actions de lutte contre ces risques et d'apporter des actions correctrices afin d'améliorer le dispositif.

- *Une réglementation volontariste du ministère de tutelle :*

La circulaire DHOS/P1/2000 N°609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence rappelle d'une part la protection due aux agents par l'employeur et d'autre part les mesures de prévention et d'accompagnement des situations de violence en milieu hospitalier.

Le premier point s'appuyant sur l'article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant *droits et obligations des fonctionnaires* se décline sous la forme de la couverture des condamnations civiles, la protection contre les menaces et violences et enfin la protection en cas de poursuites pénales.

Quant à la mise en place des mesures spécifiques en amont et en aval, il est question d'actions de formation, de mesures d'amélioration de l'accueil, de la mise en place d'équipements de sécurité et enfin d'un renforcement des personnels d'accueil et de sécurité.

Ainsi selon l'IGAS, l'enveloppe des crédits alloués aux 481 hôpitaux soumis à la dotation globale par les ARH, 110,39 MF, a été supérieure aux 100 MF ouverts<sup>33</sup>. Ce plan de 2001 a pu être qualifié de positif en ce qu'il a favorisé l'élément humain (formation, renfort d'effectifs, professionnalisation des métiers de sécurité), renforcé les moyens techniques (vidéosurveillance, accès réglementés..) et organisé la fonction sécurité et surveillance avec la police.

- *Un règlement intérieur de l'AP-HP<sup>34</sup> qui s'inscrit dans la lutte anti-malveillance:*

Le règlement intérieur de l'AP-HP annexé au présent mémoire prévoit dans sa section 4 « Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène » notamment dans les articles 20 à 29 un panel de mesures permettant au Directeur d'hôpital une vraie réactivité à ce phénomène. Ainsi, l'accès et la tranquillité respectivement les art.22 et 23 confèrent au directeur :

- la possibilité d'organiser et de restreindre les accès

---

<sup>33</sup> Détail par régions annexé page 139.

<sup>34</sup> Extraits annexés page 146

- soumettre à autorisation les personnes n'appartenant pas aux catégories mentionnées dans le présent et de les contraindre à sortir des lieux
- limiter l'accès à certains secteurs ou locaux.

Conformément aux dispositions de loi du 21 janvier 1995, le directeur peut installer tous matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance et de sécurité informatique en veillant au respect du principe de proportionnalité. Le Directeur est l'interlocuteur des services de Police et de Justice. Enfin, il possède de larges pouvoirs (fouilles vestiaires, véhicules... en cas de circonstances exceptionnelles décrits à l'art 29 du présent).

### **III.A2 TOUTEFOIS, CES POUVOIRS NE SONT PAS SANS CONSEQUENCES SUR LA RESPONSABILITE DU CHEF D'ETABLISSEMENT**

Le nouveau Code Pénal (NCP) de 1994 prévoit de nouvelles infractions permettant de sanctionner des comportements exposant à un risque y compris de la part de personnes morales de droit public. Ainsi, tout manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement pourra être sanctionné<sup>35</sup>. Parallèlement l'article 223-1 institue une nouvelle infraction, « **la mise en danger de la vie d'autrui** » qui stipule : « *le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessures de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente, par la violation manifestement délibérée d'une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende* ».

La chaîne de responsabilité ne s'arrête pas qu'au délégataire mais bien à toutes les personnes qui auraient dû œuvrer de manière directe ou indirecte à l'atténuation du risque, permettant ainsi de nuancer le principe général du droit pénal : « *nul n'est responsable que de son propre fait* ». En outre, l'adage : « *le pénal tient le civil en état* » nous conduit à nous interroger sur les circonstances de prise en compte de cette responsabilité pénale par le juge.

Les lois du 13 mai 1996 et du 10 juillet 2000 viennent préciser la notion de délits non intentionnels prenant en compte ainsi, les difficultés liées aux organisations. De surcroît, le législateur a été amené un article 11 bis dans la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires invitant le juge pénal à tenir compte de la situation particulière du fonctionnaire. *En donnant ainsi cette possibilité de débattre de l'existence de la faute au regard des circonstances, le législateur a subtilement atténué un principe*

---

<sup>35</sup> Pierre Calloch, La responsabilité des établissements sanitaires et sociaux (pénale, administrative et civile), Dominantes, Coll. TSA, Janvier 2000.

*qu'il avait précédemment crée pour tenir compte des difficultés réelles de fonctionnement de personnes morales publiques*<sup>36</sup>.

En outre, une jurisprudence récente qui s'inscrit complètement dans le champ de la sécurité des personnes et des biens est venue conforter ce principe *d'individualisation-atténuation* de la responsabilité. En effet, la CAA de Versailles en date du 4 novembre 2004 (Requête n°02VEO1989 Mme X c/Ministre de l'éducation nationale) a répondu à la question suivante : « Toute attaque pendant que l'agent est en fonction ouvre-t-elle droit à la protection fonctionnelle ? ». S'agissant d'une tentative de vol d'un véhicule (fracturé et endommagé) dans l'enceinte d'un collège et appartenant à un enseignant, le juge a estimé *qu'il ne résultait pas de l'instruction que les actes de violence subis par Mme X aient été exercés à son encontre en raison de sa qualité d'enseignant au collège ; qu'ils ne présentent pas avec le service un lien qui puisse les faire regarder comme subies par Mme X à l'occasion de ses fonctions* qui aurait pu les rendre conformes à l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983. **En second lieu, Mme X n'a pas établi l'existence d'un défaut de surveillance du parking, ni d'une négligence dans l'organisation du service de nature à pouvoir engager la responsabilité de l'Etat.**

Cette jurisprudence apparaît doublement intéressante où elle affirme dans un premier temps les conditions du lien de causalité qui doit exister entre un dommage et les fonctions exercées dans le cadre des missions du fonctionnaire, mais surtout rappelle les obligations qui s'imposent en matière de sécurité des personnes et des biens dans l'enceinte d'un établissement. Combien d'hôpitaux sont-ils en mesure sur ce seul point (la sécurisation de leurs parkings) d'affirmer qu'ils ont entrepris toutes les mesures ad hoc ?

### **III.A.3 SECURISER SON ETABLISSEMENT EN DIMINUANT LES ACTES DE MALVEILLANCE PARTICIPE A LA MISSION D' INTERET GENERAL CONFIEE AU DIRECTEUR D' HOPITAL**

Le directeur d'hôpital, nommé par le Ministre de la Santé, est le représentant légal de l'établissement public hospitalier. Il a pour fonction de régler les affaires générales en respect avec le Conseil d'Administration et l'ARH. Les activités du Directeur d'hôpital sont nombreuses et les fiches métiers de l'AEAE qui en font une bonne illustration les déclinent en deux niveaux, stratégique et opérationnelle. Ainsi, la sécurité des personnes et des biens même si elle n'est pas au centre de l'activité première d'un établissement de

---

<sup>36</sup> Cours de droit administratif de Pascal Trouilly, Commissaire du Gouvernement à la CAA de Paris, Institut de Gestion Publique et de Développement Economique (IGPDE), Prep'ENA, 2002-2003.

santé qui est de garantir une offre de soins de qualité, force est d'admettre qu'elle participe activement à cette mission tant en interne qu'en externe. En effet, assurer une protection des personnels dans leur lieu de travail, lutter contre les vols source de dépenses inutiles, accueillir des patients dans un cadre sûr... relève bien plus que d'une gestion annexe.

Ainsi, responsabiliser les acteurs sur le civisme, mettre fin aux vols internes lesquels ont toujours été facilités par l'idée qu'il s'agissait de biens publics donc de biens sans limites, souvent même, permettant de lever les derniers scrupules sur ces actions répréhensibles, et enfin mettre tout en œuvre pour protéger les personnes d'agressions physiques et morales deviennent des missions, aussi paradoxal que cela puisse paraître, aussi importantes que l'activité principal d'un EPS. En effet, il est inconsciemment convenu dans l'esprit de beaucoup d'entre nous que l'offre de soins n'est plus une gageure, mais offrir de la sécurité, du confort notamment par les prestations hôtelières et même certaines activités annexes dites de loisirs (peinture, jeux, vidéo, cafétéria dernier cri...) est dorénavant le signe d'un établissement de qualité...bien entendu en sus de la prise en charge des soins. Ce dernier constat nous amène directement à réfléchir aux modalités d'exercice de cette gestion.

### **III.B ASSURER LA MISSION DE LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS CONFERE UN INTERET CERTAIN AU CHEF D' ETABLISSEMENT**

Dans le cadre du défi global qui s'annonce pour les hôpitaux : assurer sa pérennité tout en offrant un cadre plus sûr et de qualité, développer une gestion de risques adaptée renforce le rôle du directeur d'hôpital tout en lui permettant de réaliser des gains d'échelle.

#### **III.B.1 UNE GESTION DE RISQUES QUI S'ACCORDE PLEINEMENT AVEC LE COMPORTEMENT DES NOUVEAUX DECIDEURS PUBLICS**

Même si la nouvelle gouvernance se veut apporter plus de collégialité dans les décisions, il faut reconnaître que le directeur assume seul selon la loi du 31 juillet 1991, « *la charge d'assurer la gestion et la conduite générale de l'établissement* ».

Le décret du 5 novembre 2001 rend effective l'obligation pour l'employeur de réaliser une évaluation des risques professionnels pour la santé et la sécurité des travailleurs et de formaliser les résultats de cette évaluation dans un document unique.

Dans le cadre de ma participation à ce travail d'évaluation des risques<sup>37</sup>, la sécurité des personnes et des biens fut mentionnée à de nombreuses reprises dans la partie consacrée « aux dangers et risques liés à l'organisation ».

Ainsi la coordination des vigilances et de la gestion de risques permet d'élaborer des propositions sur les mesures à prendre concernant les risques potentiels.

La gestion des risques permet de garantir l'assurabilité, renforçant ainsi l'image de l'EPS et permettant de réduire les effets négatifs. Si on estime à environ 50% les risques dont les domaines sont couverts par les vigilances (5%) et les réglementations, mettre en place une démarche de gestion de risques liés à la sécurité des personnes et des biens réduira incontestablement la zone à risque restante, laquelle est à l'image des évènements récents ayant touché la sphère hospitalière comme étant une des problématiques en matière de préjudice. A titre d'exemple, les décès survenus à Pau ont nécessité que la direction de l'hôpital gère l'évènement en crise, en agissant parallèlement en interne : mesures d'urgences et choc psychologique des personnels et en externe (partenaires, famille, médias...). Développer une gestion de risques appropriée n'est pas une remise en cause systématique du cours de l'histoire mais bien la mise à disposition d'outils en amont, pendant et en aval de la crise permettant de faire face plus sereinement à ces types d'évènements. En amont, si les dispositifs de protection (technologiques, d'aide à personnes...) se sont avérés efficaces - pendant, si la localisation de l'incident, le contrôle des entrées et un plan d'action ont été opérationnels - et enfin en aval si la mise en place de groupes internes de soutien coordonnés par une cellule de crise ont été pensés. Enfin, force est de reconnaître que s'impliquer dans ce domaine réaffirme aux personnels, aux patients, au public ainsi qu'aux partenaires extérieurs le caractère de responsabilité et d'engagement qu'une Direction doit assumer.

### **III.B.2 LES INTERNALITES ET EXTERNALITES NEGATIVES LIES A CES RISQUES DE LA MALVEILLANCE COMPORTENT DES ENJEUX ECONOMIQUES IMPORTANTS**

*« Les résultats 2004 de la SHAM, mutuelle d'assurance leader en responsabilité civile hospitalière, indiquent une envolée du nombre de sinistres déclarés : +14,6 % pour un total de 12 611, qu'ils soient matériels ou corporels. »<sup>38</sup>*

---

<sup>37</sup> Document unique réalisé à l'hôpital Rothschild.

<sup>38</sup> La gazette SANTE-SOCIAL, Actualité en bref, N°11-septembre 2005. Stand SHAM, 34<sup>ème</sup> congrès IHF, Nice 2005.

- Une insécurité dont les conséquences financières malgré qu'elles soient difficilement chiffrables demeurent néanmoins importantes

Sur le personnel :

Les statistiques des déclarations d'accidents du travail, d'accidents de service, d'interruption d'activité (accidentabilité prennent en compte l'agression produite au travail et ayant entraîné un arrêt. Les données d'accidentabilité sont produites par les organismes gérant le risque (CNAMTS, hôpitaux, sociétés d'assurance, etc.). Sur les 15 908 480 salariés, la CNAMTS dénombrait 8 710 accidents du travail suite à des violences sur le lieu de travail, dont 649 ayant entraîné une invalidité permanente, 17 décès, **405 579 journées perdues.**

Les arrêts de travail suite à des violences constituent un risque plus important pour les professionnels de santé (2,2 %) que pour l'ensemble des salariés du régime général (1,2%). Ces chiffres sont encore en deçà de la réalité compte tenu des non déclarations d'accidents de travail comme le précise une enquête de la DARES<sup>39</sup> qui fait état d'une « sous-estimation » des accidents de travail de l'ordre de 8,5 %. Ainsi la charge pour les EPS et bien entendu pour l'assurance maladie est de plus en plus importante. Dans de nombreux cas, la violence engendre un stress non négligeable. Une enquête de la SOFRES effectuée en 1999 pour la Confédération Générale des Cadres (CGC) fait apparaître que 45 % des cadres se déclarent en situation nerveuse et 89% ressentent de plus en plus de stress dont 18% ont été mis en arrêt de travail par leur médecin en 2002 pour ce motif.

Se plaçant sur un plan économique plus général, le BIT<sup>40</sup> évalue entre 5 à 10 % du PIB le coût du stress dans un pays développé. Les États-unis ont estimé à 200 milliards de dollars par an le coût social du stress et à 4 milliards celui de la violence au travail. Enfin, dans un reportage du journal TV de 20 heures<sup>41</sup> concernant une politique locale de lutte contre les incivilités menées par le CH d'Argenteuil, une interne expliquait que face à une attitude agressive, un jeune praticien ne pouvait prendre toutes les mesures médicales qui s'imposaient, prescrivait parfois un bilan complet qui ne se justifiait pas mais qui pouvait servir à calmer l'exigence du patient virulent. Ces situations qui ne sont pas rares illustrent bien le fait qu'au-delà des coûts directs générés par cette violence, existent d'autres coûts difficilement chiffrables mais néanmoins importants. Ainsi, la qualité et la sécurité de l'offre de soins sont constamment remises en cause.

---

<sup>39</sup> Ministère de l'emploi, Op. cit., p. 18

<sup>40</sup> BIT, La violence au travail, 1998

<sup>41</sup> Reportage du 20 H de TF1, Une politique contre l'incivilité au CH d'Argenteuil, diffusé le 08 septembre 2005.

### Sur le matériel :

Il y a dix ans déjà, Olivier Dubost, responsable du secteur commercial de la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (S.H.A.M) remarquait que : « *Depuis deux ans, nous constatons une recrudescence des vols dans les hôpitaux, qui nous demandent massivement des contrats d'assurance vols* »<sup>42</sup>. Si la majorité des vols se déroulent en interne notamment en ce qui concerne les matériels, bien que ce constat n'ait jamais été évoqué auparavant, il importe dorénavant de s'y pencher pour sortir définitivement de l'esprit des trente glorieuses qui voulait qu'avant même il y ait vol, le matériel eût été déjà remplacé. Lorsque nous parlons de vols, nos esprits ont dans l'idée qu'il s'agit des petits larcins commis dans les chambres et qui concernent la plupart du temps du fiduciaire appartenant aux patients. Même si cela reste vrai, laudit réalisé à l'hôpital Rothschild nous éclaire sur d'autres types de vols bien plus importants en terme de préjudice : les matériels informatique (ordinateurs, écrans<sup>43</sup>...) et médicaux de tout genre (tensiomètre,...) ainsi que des tampons et ordonnanciers dont l'usage est facilement devinable. En retraitant l'activité des vols par montant de préjudice de vols<sup>44</sup>, il y a eu sur les quinze derniers mois à l'hôpital Rothschild : 36 vols inférieurs ou égaux à 150 euros, 7 vols compris entre 150 euros et 1500 euros et 6 vols de plus de 1500 euros. En prenant sciemment comme valeur la moyenne de chaque catégorie excepté pour celle de « plus de 1500 euros » où nous avons sciemment choisi le minimum c'est-à-dire 1500 euros soit un total de :  $(36 \times 75 \text{ euros}) + (7 \times 750 \text{ euros}) + (6 \times 1500 \text{ euros}) = 16\ 950 \text{ euros}$ . **Ce qui donne un coût mensuel de 1130 euros seulement pour les vols et un coût par vol de 346 euros et ce, dans un hôpital qui ne présente pas a posteriori tous les signes d'une importante activité malveillance.** Bien entendu, compte tenu de la faiblesse des outils statistiques mis à la disposition, il s'agit bien d'une simulation laquelle devrait dans un avenir proche être pallié par un outil de recensement spécifique<sup>45</sup>. En effet, dans cette simulation, rien ne nous précise le montant exact des 6 vols de plus de 1500 euros ...alors que nous avons utilisé la valeur de 1500 euros. En extrapolant à l'échelle de l'AP-HP, si on multiplie le nombre de vols (2467 en 2004) par la valeur moyenne des vols (346 euros) on atteindrait la somme de **853 582 euros** pour les seuls vols. Ce dernier je pense

---

<sup>42</sup> Bernard BANGA, L'insécurité dans les hôpitaux, Infirmière magazine, n°91, février 1995.

<sup>43</sup> Jacqueline COIGNARD, L'insécurité. effet secondaire des hôpitaux parisiens (interview de Jacques ORSI, chargé de la sécurité à la Pitié Salpêtrière où il fait état d'un vol de 50 écrans plats derniers cris), Libération, 15 août 2005.

<sup>44</sup> Cf. annexe page 95

<sup>45</sup> Le travail mené dans le cadre de l'audit a permis la conception d'un outil informatique de recensement qui a été élaboré par le service informatique de l'hôpital Rothschild dont les copies d'écran sont annexées page 108.

est sous évalué si l'on considère que la moyenne effectuée à partir de Rothschild fait partie des moyennes les plus basses et que cette moyenne a, elle-même également, été sous évaluée. Et qu'enfin les 2467 vols qui ont été recensés à l'AP-HP ne l'ont été que sur une partie du parc hospitalier. En effet, les recensements à l'échelle de l'AP-HP ne s'effectuent pas sur la totalité des hôpitaux mais seulement à partir de ceux où existe un service de sécurité (trentaine) auxquels il faudrait appliquer un coefficient lié à la sous déclaration d'environ 5%. Nous pouvons estimer que le préjudice annuel concernant les seuls vols pour l'AP-HP dépasserait la barre **d'un millions d'euros**. Si l'on prend 150 euros comme coût journalier de remplacement suite aux arrêts de travail liés aux violences, le préjudice serait estimé à 2415 jours (arrêts de travail suite à des violences déclarés à l'AP-HP en 2002) x 150 euros, ce qui ferait **un total pour l'AP-HP de 362 250 euros**. **Ces estimations ne sauraient être complètes sans rajouter les préjudices liés aux atteintes aux biens (dégradations...) et les préjudices liés aux violences (coût du suivi psychologique, aménagement...) et sans compter les externalités négatives en perte d'attractivité tant des personnels que des patients**. Si la facture globale chiffrable rapportée au budget total (5528 M. d'euros) n'apparaît pas importante, d'autres conséquences liés à ces risques viennent ... *alourdir la note*.

*- Une insécurité nuisant tant à l'attractivité des personnels que des patients*

Selon, le rapport sur les Violences et la santé : « *Au-delà des conséquences physiques et psychiques que les professionnels subissent, les institutions hospitalières doivent supporter un coût non négligeable en termes de perte de capital de travail et de réparation des dégradations subies* »<sup>46</sup>. Les agressions à l'occasion du travail touchent surtout les aides soignants et infirmiers (64%), puis les personnels d'accueil (20%). Parallèlement, les accidents du travail avec des malades agités ont représenté en 2002 pour l'AP-HP 561 déclarations et 2 415 jours d'arrêt de travail. En 1999 selon l'IGAS dans son rapport n°2001-110<sup>47</sup>, « dans les établissements de santé publics, le taux de fréquence diminue de nouveau sensiblement, de 28% en 1998 à 26% en 1999. » Les accidents de travail avec arrêt concernent actuellement 5% environ de l'effectif moyen annuel. Harcèlement, stress et violences génèrent démotivation, absentéisme, baisse de productivité, maladies mentales voire suicides (en Suède, le harcèlement serait à l'origine de 10 à 15 % des suicides). Nous pouvons conclure que cette insécurité dont les conséquences en tout genre sont nombreuses est difficilement compatible avec un label de prise en charge de qualité lequel est souvent révélateur de la qualité des soins

---

<sup>46</sup> Haut Comité de la Santé Publique, Op. cit., p. 16

<sup>47</sup> IGAS, Ibid., p. 15

## **2<sup>ème</sup> PARTIE : LA PROBLEMATIQUE, ABORDEE SUR LE TERRAIN DE L'HOPITAL ROTHSCHILD PAR UNE METHODOLOGIE VISANT NOTAMMENT A LA REALISATION D' UN AUDIT ACCOMPAGNE D' UNE ENQUÊTE SPECIFIQUE AUPRES DES PERSONNELS, A REVELE LES DIFFICULTES DE CETTE PRISE EN CHARGE TOUT EN SOULIGNANT LES BESOINS EN MATIERE DE GESTION DE RISQUES**

La thématique de la sécurité des personnes et des biens, compte tenu des nombreuses incertitudes qui prévalent autour d'elle, nécessite une approche de terrain. Celle-ci, qui peut soit confirmée ou soit infirmée des préceptes théoriques s'inscrit au-delà comme un management lequel questionne, sensibilise et tente de répondre aux éventuelles interrogations.

### **I. LA PRISE EN CHARGE DE CETTE PREOCCUPATION A L' HOPITAL ROTHSCHILD S' EST APPUYEE SUR UNE METHODOLOGIE ABOUTISSANT SUR UN AUDIT ET SUR UNE ENQUETE INTERNE RESERVEE AUX PERSONNELS**

#### **I.A L'IMPULSION DE LA DIRECTION VISANT A LA REALISATION D'UN AUDIT INTERNE, S'EST EGALEMENT ACCOMPAGNEE D'ENTRETIENS MENES EN INTERNE ET EN EXTERNE**

La prise en compte transversale de cette problématique a permis d'investir le champ de la sécurité à l'hôpital. Toutefois, les faibles affinités du monde hospitalier confronté à sa propre sécurité dont la connaissance est essentiellement axée sur les conséquences de l'insécurité sur la population, ont donné à cette approche une spécificité particulière. C'est pourquoi, nous parlons d'audit dans le sens où il a fallut réaliser une photographie de l'existant, faire une analyse et enfin proposer dans un cadre qui ne s'y prêtait pas de prime abord... Enfin, pour bien comprendre les finalités de ce champ, il était important de mener des entretiens ne serait-ce que pour nous éclairer dans la démarche managériale.

## **I.A.1 UN AUDIT INTERNE DEVANT PRENDRE EN COMPTE LES DIFFICULTES ACTUELLES LIEES A LA MALVEILLANCE AINSI QUE LES PERSPECTIVES FUTURES DANS LE CADRE DE LA CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL**

Durant les années à venir l'hôpital Rothschild va connaître une évolution importante de ses missions afin de mieux répondre aux besoins de la population. Le nouveau Rothschild comportera en effet, à l'horizon 2008 : 190 lits de médecine et de soins de suite gériatriques dont 10 lits de soins palliatifs auxquels s'ajouteront 15 places d'hôpital de jour. Le pôle rééducation comportera 120 lits d'hospitalisation, 15 places d'hôpital de jour, d'un centre de consultations, d'un plateau technique avec explorations fonctionnelles et balnéothérapie, ainsi qu'une unité mobile d'évaluation et de réadaptation. Enfin, le nouvel hôpital s'enrichira d'une unité d'odontologie de 55 fauteuils. La construction d'un hôpital neuf permettra de maintenir sur le site toutes les activités médicales actuelles. Les années 2004 et 2005 sont marquées par de nombreux travaux de rocade visant à transférer plusieurs services dans la partie Est de l'hôpital permettant de libérer la moitié Ouest du terrain qui accueillera la nouvelle construction.

Dans cette perspective, l'hôpital doit être en mesure courant 2005 de faire déménager une moitié de ses locaux afin de pouvoir effectuer l'opération de démolition programmée en 2006. Ainsi, le nouvel hôpital devrait être construit à partir de 2006 sur le même site. Ainsi, le futur hôpital Rothschild en incluant dans sa phase de projet certaines options de sécurisation des personnes et des biens vise à répondre à la problématique d'hôpital en tant que lieu ouvert se devant d'offrir une sécurité optimale. Toutefois, l'actuelle Direction de Rothschild qu'il s'agissent de la Directrice générale ou de la Directrice adjointe responsable des achats, du Patrimoine et de la Logistique dont dépend également le service de sécurité et par ailleurs maître de stage, a souhaité tout mettre en œuvre pour parvenir à des résultats dans ce domaine.

Pour répondre à ces attentes, j'ai souhaité faire un audit inspiré de mes anciennes fonctions à la Préfecture. En effet, j'ai essayé d'établir dans un premier temps un diagnostic très large de l'existant (remontées de statistiques à partir de documents internes, appui du responsable sécurité, tendances AP-HP...) pour ensuite dégager des préconisations pouvant être reconduites sur le nouveau site. Ainsi, il fallait prendre en compte notamment les accès principaux et secondaires, veiller au contrôle de certains lieux et locaux et enfin à se soumettre à certaines logiques notamment médicales en terme de gestion de flux.

## I.A.2 UNE METHODOLOGIE S'APPUYANT EGALEMENT SUR DES ENTRETIENS<sup>48</sup> MENES EN INTERNE ET EN EXTERNE

Les entretiens ont été conduits selon un mode semi directif. La grille suivante n'a servi qu'à une base de discussion plus large en raison même de l'étendue du domaine lié à la sécurité des personnes et des biens. Ce préalable m'a guidé lors des entretiens afin de comparer les logiques de sécurité au regard des interlocuteurs. Evaluer les points de convergences ou de divergences, affirmer ou infirmer des hypothèses, sonder la sensibilisation de ce phénomène et enfin apporter un caractère d'exhaustivité à un travail de fond caractérisé par un audit et de deux enquêtes (l'une réservée aux personnels soignants et l'autre aux personnels du service de sécurité) font partis des principaux principes de ces entretiens.

La première hypothèse : *l'insécurité à l'hôpital vue comme une problématique centrale partagée par tous*, s'est notamment appuyée sur la question suivante « Considérez-vous l'insécurité à l'hôpital comme un problème majeur des établissements de santé ? »

Quant à la seconde hypothèse, *les moyens utilisés ne correspondent pas aux attentes des différents professionnels*, a pu être abordée par les différentes questions techniques « Que pensez-vous des missions de sécurité incendie et d'anti-malveillance menées en commun ? », « Comment envisageriez-vous la professionnalisation de la fonction anti-malveillance à l'hôpital ? », « Quelles sont selon vous les difficultés pour l'hôpital de lutter contre la malveillance ? », « Quels sont les moyens dont disposent les établissements pour y faire face ? »

La troisième hypothèse, *la sécurisation des hôpitaux n'est pas incompatible avec sa vocation de lieu ouvert*, a été initiée entre autres par la question « Partagez-vous l'idée que l'hôpital puisse faire l'objet d'un dispositif particulier de sécurisation ? (Filtrage à l'entrée ...) ».

Le choix des personnes à interroger s'est basé sur une volonté d'allier des professionnels institutionnels de la sécurité, des professionnels du champ de la santé et enfin des personnes publiques pouvant s'apparenter aux usagers et aux partenaires institutionnels. Pourquoi ce choix ? Simplement dans le but de confronter des visions qui peuvent théoriquement s'affronter, de vérifier si cette problématique de la sécurité relevait d'une

---

<sup>48</sup> Grille d'entretiens annexée page 104.

exclusivité ou si elle était largement partagée et enfin pour tenter de mesurer la différence de perception entre ces trois mondes grossièrement classés de la façon suivante : les sécuritaires, les hospitaliers et les citoyens d'une façon générale.

Ainsi, les entretiens qui ont duré environ une heure ont été menés auprès d'un Commissaire de Police (Chef adjoint d'un commissariat d'arrondissement), d'un Commandant de Police (Chef de section des Violences Urbaines des Renseignements Généraux), d'un Commandant de Police et son adjoint (Chargés de la sécurisation des établissements à la Préfecture de Police de Paris), d'un capitaine des Sapeurs Pompiers de Paris (Responsable adjoint de la cellule de crise à la Préfecture de Paris), d'un conseiller pour la Sécurité générale de l'AP-HP, d'un conseiller adjoint et Chargé de sécurité d'un grand CHU parisien, d'un responsable sécurité d'un hôpital moyen et d'un responsable sécurité d'un petit hôpital, d'un Directeur d'hôpital, d'un Directeur des Ressources Humaines, d'un Directeur des Soins Infirmiers, de trois cadres de santé, d'un cadre médico-technique, de trois infirmières, de trois aides soignants, d'un Professeur de médecine, d'un médecin, d'un patient, de trois personnes exerçant respectivement les professions d'ouvrier, de cadre dans une entreprise de transport et de chef d'entreprise, d'un maire et enfin d'un conseiller municipal. Cette liste qui n'est pas exhaustive comporte néanmoins un bémol. En effet, je n'ai pu rencontrer des représentants du Ministère lesquels auraient pu apporter un éclairage précis sur les perspectives de carrière réservées aux agents de sécurité fonctionnaires notamment dans l'éventualité d'une création d'une filière professionnelle.

## **I.B UNE PROBLEMATIQUE QUI A PARALLELEMENT FAIT L'OBJET D'UNE ENQUETE DE VICTIMISATION<sup>49</sup> AUPRES DES PERSONNELS SOIGNANTS ET D'UNE MICRO-ENQUETE AUPRES DES PERSONNELS DU SERVICE DE SECURITE.**

Cette enquête qui a nécessité un travail de coordination préparé en amont notamment avec ma maître de stage et le Directeur des Soins Infirmiers s'est révélée être une réussite tant dans ses apports que dans la sensibilisation initiée à travers elle.

---

<sup>49</sup> Concernant le terme nous pouvons retrouver *victimation* (insee...) ou *victimisation* (ofce...)

## I.B.1 UNE ENQUETE DE VICTIMISATION AUPRES DES PERSONNELS SOIGNANTS S'APPUYANT SUR UNE METHODOLOGIE SOUS LA FORME DE QUESTIONNAIRES

De nombreux rapports font état de la carence des enquêtes de victimisation et ce, malgré leur intérêt dans ce domaine. En effet, le Rapport Costargent-Vernerey sur les violences subies au travail par les professionnels de santé<sup>50</sup> déclare dans sa partie relative à la permanence des soins : « *Cet aspect (statistiques) mériterait d'être vérifié par d'autres types d'enquêtes, notamment par des micro-enquêtes de victimisation.* » et à cet égard préconise d' : « *Entreprendre des enquêtes de victimisation auprès des professions de santé identifiées à plus forts risques professionnels* ».

La première phase de cette enquête a consisté à mettre au point des questionnaires<sup>51</sup>. J'ai pu ainsi bénéficier d'une critique positive de ma maître de stage ainsi que du Directeur des Soins lesquels les ont notamment fait évoluer qualitativement.

Nous avons convenu que chaque questionnaire serait accompagné d'une lettre explicative de ma démarche dans laquelle j'ai rappelé mon cursus, l'objet de ma présence à l'hôpital et enfin les finalités (retour au personnel et mémoire professionnel). Le DSI, dans le cadre d'une réunion de travail où l'ensemble des cadres était convié, m'a permis de leur en faire une présentation orale. Aussi, fus-je étonné de constater que le DSI avait pris la peine de faire des transparents de ma présentation ! C'est pourquoi je crois sincèrement que sans l'implication du DSI, le résultat n'aurait pas été aussi bon tout au moins en terme de participation.

Ce questionnaire comprend deux parties, «dans l'exercice de vos fonctions » et « À l'hôpital Rothschild en général ». A l'intérieur de la première, nous retrouvons des questions liées à l'exposition, à la fréquence, à la connaissance (ce dernier point renvoyant au sentiment d'insécurité) pour les trois items suivants : violence physique, violence verbale et vols. Dans la seconde, le questionnaire vise plus leur appréhension générale et leur vision liées à la sécurité dans un EPS.

Enfin, il a été décidé que la date limite de retour des questionnaires était fixée au 26 mai 2005 soit un peu plus d'un mois après leurs envois.

---

<sup>50</sup> IGAS, Ibid., p. 15

<sup>51</sup> Annexée page 100.

## I.B.2 UNE MICRO-ENQUETE AUPRES DES AGENTS DE SECURITE S'APPUYANT EGALEMENT SUR UNE METHODOLOGIE SOUS LA FORME DE QUESTIONNAIRES

L'enquête<sup>52</sup> qui a été adressée aux agents du PCS s'est plus inscrite comme un moyen supplémentaire de recueillir un sentiment que comme un éclairage particulier. En effet, le fait d'avoir été souvent auprès d'eux dans l'exercice de leurs missions afin de mieux comprendre la réalité et les difficultés rencontrées (notamment pour l'audit) m'avait déjà largement éclairé sur leur état d'esprit. De surcroît, cette connaissance a été renforcée durant les congés d'été lorsque j'ai eu à assurer l'intérim de ce service. Enfin, force est de reconnaître que pour grand nombre de ces agents existent des vrais difficultés dans l'expression écrite lesquelles sont parfois mêmes problématiques dans l'exercice de leurs fonctions (main courante ou rapports à remplir).

J'ai également accompagné le questionnaire d'une lettre expliquant ma démarche dans laquelle j'ai rappelé mon cursus, l'objet de ma présence à l'hôpital et enfin les finalités (retour au personnel et mémoire professionnel). Compte tenu d'un certain climat de suspicion qui régnait au sein de l'équipe, cette présentation a dépassé le cadre de la simple forme pour presque servir de caution morale ! En effet, pour certains meneurs du PCS, ma venue et ma démarche se sont apparentés au départ à un rôle de : « *fossoyeur du service sécurité* »<sup>53</sup>.

Ces questionnaires ont également fait l'objet d'une concertation avec ma maître de stage. Après en avoir discuté avec le responsable sécurité, il s'est chargé de les transmettre. Ce questionnaire évolue d'un cadre général les invitant à définir leurs missions de sécurité, sur des questions « dans l'exercice de vos fonctions » liés à l'exposition, à la fréquence, aux difficultés rencontrées pour les deux items : violence physique et violence verbale. Enfin une dernière partie perspective en leur demandant d'évoquer les éventuelles améliorations à apporter.

Cette micro enquête qui aurait dû bénéficier d'un taux de retour de près de 100% au regard des nombreux efforts de sensibilisation et de ma proximité s'est révélée être sur ce point décevante. Ce constat a été d'autant plus conforté que la qualité des réponses laissait à désirer dans la plupart des cas. Ce constat sévère est toutefois à nuancer compte tenu de certains facteurs explicatifs liés à leurs niveaux, à leurs parcours, à l'ancienneté de certains agents et à des difficultés organisationnelles.

---

<sup>52</sup> Annexée page 102.

<sup>53</sup> Entretiens menés avec les agents.

## **II. UN AUDIT QUI MET EN LUMIERE LES DIFFICULTES LIEES A LA LUTTE CONTRE LES ACTES DE MALVEILLANCE**

### **II.A DES MOYENS HUMAINS ET TECHNIQUES LIMITES PAR DES DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES**

#### **II.A.1 UNE GESTION DE LA MALVEILLANCE CLOISONNEE ET SOUFFRANT D'UN FAIBLE RETRAITEMENT QUALITATIF DES FAITS**

*- Une main courante à préciser :*

La main courante est un outil de recueils d'information. Elle sert également d'outil de communication. Et enfin, elle permet de tracer les informations susceptibles d'être considérées comme un début de preuve pour la justice. A cet égard, il est important que la main courante soit mieux formalisée. Ainsi, l'hôpital Rothschild qui dispose d'une main courante doit être en mesure de s'appuyer sur cet outil pour améliorer sa gestion de risques.

La main courante actuelle ne possède pas de n° d'enregistrement. Ce manque pénalise l'activité de recherche dans le temps d'une information recueillie préalablement. Car la date, l'heure et le n° d'enregistrement sont les trois éléments permettant de retrouver efficacement un fait. La main courante de Rothschild ne dispose pas d'un canevas aidant les agents à être précis dans leur description des faits. Aucun nom, numéro d'immatriculation, grades... n'y figure. Les mesures prises relèvent souvent du mystère car quelle que soit l'issue, il est nécessaire de décrire les moyens utilisés et ce dans un souci d'évaluation et de pédagogie. Nous avons vu précédemment que toutes les violences dites légères qui avaient fait l'objet d'interventions des agents du PCS échappaient au recensement statistique mis en place par la sécurité générale de l'AP-HP. Il importe en conséquence de renseigner un document retraçant cette activité qui laquelle rappelons-le constitue la plus importante (379 interventions cumulées sur les quinze derniers mois).

En outre, la main courante ne doit pas être le seul outil. En effet, en cas d'incidents jugés majeurs par le responsable de la sécurité, un rapport est demandé aux agents. Cette faculté qui doit être maintenue doit aussi s'accompagner d'initiative émanant directement de la part des agents. Cela devrait être facilitée par la mise à disposition de rapports préétablis.

Rendre compte à sa hiérarchie n'est pas seulement prévu qu'en cas d'incident. Il faut aussi inviter les agents à rendre compte de leurs activités, de leurs difficultés en vue de mener des améliorations. Enfin, un livre de consignes rappelant le cadre juridique et les modalités d'intervention n'est pas disponible auprès des agents.

*- Des fiches incidents inexistantes :*

En effet, excepté la fiche de déclaration de « vol ou infraction » qui n'est à vrai dire qu'une fiche de déclaration de vol ne prend pas en compte tous les actes de malveillance recensés à l'hôpital. Ce travail de recensement qui s'effectue à partir de la main courante est aujourd'hui assuré par le chargé de l'anti-malveillance qui assume également la responsabilité du vaguemestre. Rothschild sous la houlette de la sécurité générale est en quelque sorte victime de la faiblesse des documents établis par le siège.

Il serait intéressant d'établir une fiche de déclaration malveillance qui compléterait ou se substituerait à l'existante concernant les vols. Cette fiche informatisée reprendrait les éléments statistiques nécessaires aux différents bilans. Elle permettrait notamment d'avoir des éléments statistiques disponibles à tout moment qui plus est, réduirait les éventuelles erreurs de transcription tout en facilitant l'organisation de travail.

*- Des incidents souffrant d'un traitement insuffisant en interne... :*

En effet, la retranscription actuelle des faits de malveillance uniquement sur main courante sans support ad hoc rend l'analyse peu dynamique. Le chargé de la malveillance recense mensuellement les faits qui rentrent dans les supports écrits fournis par le siège. Ainsi, comme nous l'avons vu précédemment se pose la question de tous ceux qui ne sont pas recensés notamment en raison de leur *inqualification* pénale. Au-delà, nous nous sommes interrogés sur l'objectif de ce recensement.

Au-delà, une commission d'anti-malveillance composée des deux chargés de sécurité et du directeur fonctionnel des achats, du patrimoine et de la logistique se tient trimestriellement. Cette commission veille à faire le point sur les actes de malveillance au cours des trois derniers mois et vise à faire des préconisations suite à ce bilan.

Cependant, sans réel traitement statistique et sans bilan d'activité force est de constater que les objectifs voulus par cette commission s'en trouvent réduits.

Il est impératif de pouvoir disposer d'un tableau de bord consultable à tout moment et ce, afin d'apporter les correctifs nécessaires en terme par exemple de prévention, de rondes...

*- ...et d'un manque de coordination avec le siège :*

En effet, le terme de recensement est adéquat car aujourd'hui le dispositif mis en place aujourd'hui à l'AP-HP relève plus de la gestion statistique que d'une politique active de

lutte contre ce fléau. Le fait que les documents fournis ne sont pas exhaustifs en ne prenant pas en compte la réelle activité de malveillance, s'explique en partie par l'origine professionnelle (police ou gendarmerie) des professionnels chargés de la sécurité à l'AP-HP. Ainsi seul importe les faits pénalement qualifiables au détriment d'une insécurité réelle, parfois insoutenable, qui est par conséquent aujourd'hui considérée comme inexistante dans son traitement administratif. Aussi, le traitement mensuel de ces données pour le siège **sans retour (ni même annuel)** du retraitement statistique handicape sérieusement les actions de lutte contre ce phénomène. Il est à noter également qu'un recensement sur support écrit ne correspond plus à la réalité contemporaine, plus encore concernant des faits que l'on doit traiter pratiquement en temps réel. Ainsi, la méthode vieillissante et non actualisée mis en place par le siège dont Rothschild en subit malheureusement les effets fait aussi partie du lot de dysfonctionnements lié à cette problématique.

## **II.A.2 DES CIRCUITS DE LUTTE ANTI-MALVEILLANCE NON COORDONNES**

Des moyens humains et techniques qui sont limités par des difficultés organisationnelles.

- *Une gestion de la malveillance cloisonnée...excluant les partenaires extérieurs :*

Le premier partenaire qui est toutefois de taille est le siège de l'AP-HP avec son département sûreté générale. Ce dernier s'appuie sur une double stratégie : tous les établissements possédant un service d'urgences disposent d'un chargé de sécurité anti-malveillance ex-Officier de Police Judiciaire (Police ou Gendarmerie) et tous les établissements sont censés faire remonter les données de leur malveillance sur des supports écrits fournis ...

Sur le premier point, un petit tiers des établissements ne disposent pas de ce type de personnel. Par conséquent, ces hôpitaux à l'instar de Rothschild n'ont pas accès aux rares réunions organisées par ce service. Cet isolement est d'autant plus fort que le retour des données recensées n'est pas prévu. Nous avons cette fois-ci encore l'exemple d'un système dit ascendant lequel en ne permettant pas un retour de l'information exclut toute forme d'évaluation et par conséquent d'amélioration de la qualité.

L'hôpital ne jouit pas de surcroît de relations privilégiées avec les autres partenaires institutionnelles : commissariat du 12<sup>ème</sup> arrondissement, la mairie, les services sociaux. Toutefois, force est de reconnaître que la typologie des actes de malveillance décrite précédemment n'incite pas vraiment l'hôpital à s'y inscrire. Au-delà, il serait néanmoins intéressant de veiller à lier ce sujet avec certains de ces partenaires quand des sujets transversaux s'y prêteront (journée sans violence, du civisme...).

Il est à noter que les récentes dispositions prises par le ministère de l'intérieur au regard des événements de violence qui ont touché certains hôpitaux participent à la prise de conscience de ce phénomène comme vrai défi à surmonter. Pour Paris, un N° de téléphone a été dédié aux hôpitaux par la Préfecture de Police. Cette dernière dans un communiqué de presse du 23 décembre 2004<sup>54</sup> a annoncé qu'un renforcement des contacts avec les commissariats centraux allait être relancé.

- ...et dont le pilotage est aveugle :

L'avantage de posséder des analyses aussi fines que possible de la malveillance réside dans la possibilité d'y apporter des réponses adaptées, proportionnées et aux effets visibles. Les rondes à Rothschild qui ne s'appuient généralement que sur l'initiative des agents sont scindées en deux :

Les rondes dites formalisées axées plus sur l'anti-incendie incluant tout de même des missions d'anti-malveillance et les rondes non formalisées dont les contours sont plus diversifiés (stationnement, prévention, malveillance...). Ces dernières aujourd'hui ne disposent pas d'horaires, de lieux prédéfinis compte tenu du manque d'informations statistiques actualisées. Ainsi, les 3 équipes dont les horaires sont respectivement de 6h45-14h21, 13h39-21h15 et 21h00-7h00 effectuent à chaque prise de service et durant le service des rondes formalisées axées plus sur l'anti-incendie et des rondes non formalisées se voulant lutter contre la malveillance.

Se pose également la question du bilan d'activité car comment peut-on mesurer l'efficacité de ces rondes si elles ne sont recensées ni en amont ni en aval. L'objectif pour un chargé de sécurité est de veiller à ce que certains points de passage soient effectués avec un protocole à définir (vérification portes, accès, matériels...). Les rondes anti-malveillance au même titre que les rondes anti-incendie doivent reposer sur un triangle de principe : **prévention-action-évaluation**.

Enfin, toutes les rondes sont effectuées par les agents de sécurité interne à l'établissement, car l'agent mis à disposition par la société est exclusivement destiné au PCAS. Tous les agents sont au moins ERP1 excepté 2 qui se trouvent respectivement en équipe de matin et d'après-midi. Cette gestion cloisonnée souffre parallèlement d'une sous-utilisation des hôtesses d'accueil dans ce dispositif. En effet, les trois agents du poste d'accueil sont **exclusivement** destinés à l'accueil situé à l'entrée de l'hôpital.

Nous ne pouvons pas en déduire que c'est un dispositif inefficace en raison des carences dans l'affichage du hall renforcé parfois par des manifestations (stands de vente ou

---

<sup>54</sup> Communiqué de Presse de la Préfecture de Police en date du 23 décembre 2004 annexé en page 142.

culturel) qui en réduisent l'espace. Toutefois, il serait aujourd'hui important de se pencher vers une mutualisation des moyens humains et techniques qui permettraient d'avoir une gestion de la malveillance efficace dès l'entrée piétons, de faire face aux difficultés d'absentéisme que subies le PCS, et enfin d'insuffler un dynamisme nécessaire à l'accueil notamment par la confrontation de deux cultures respectives à ces deux services.

- *Des circuits de lutte anti-malveillance non coordonnés et aux logiques contreproductives :*

Concernant les vols, la procédure est bien identifiée car le correspondant est assez bien identifié (M. anti-malveillance) alors que pour tous les autres cas de malveillance, le PCAS (agents) reste maître de la finalité des incidents.

Nous constatons aussi dans les deux cas que la direction n'est alertée qu'en fin de cycle. Cette information qui ne suit qu'un mouvement ascendant perd de son efficacité tant dans l'urgence à donner suite à l'incident que dans son traitement qualitatif.

Sur ce point, force est de reconnaître qu'il est impératif de doubler le support écrit par un support informatique lequel donnera en temps réel, chiffres et évolutions nécessaires aux actions qui seront entreprises. Quant à toutes les déclarations de malveillance effectuées sur la main courante, elles sont retranscrites par le chargé de la malveillance qu'en fin de mois, ne permettant pas ainsi un pilotage efficace de l'action à mener : rondes, mesures d'accompagnement, réglage caméras, renforcement d'équipes... et tout laissant des possibilités d'erreur dans leur retranscription. La commission anti-malveillance qui se tient trimestriellement pourrait être élargie à d'autres acteurs de l'hôpital comme la direction des soins infirmiers par exemple laquelle pourrait rapporter certaines consignes en terme de prévention à l'attention des cadres, de la direction des Ressources humaines...

- *Des supports peu dynamiques et non incitatifs :*

Nous l'avons vu précédemment, les remontées d'informations ne sont pas formalisées pour ce type de gestion de risques. Toutefois, il est nécessaire de coupler à ces questions internes au service, des axes d'actions transversaux en direction du personnel et des intervenants extérieurs. Tous les lieux de passage et à commencer par le hall d'entrée souffre d'un affichage non adapté. Ces lieux ainsi que tous les services doivent rappeler les règles en matière de sécurité (interdiction fumer, horaires visites, animaux ...). Les parties extérieures souffrent également d'une signalisation trop légère : respect strict des vitesses, du stationnement, des aires de livraison. L'hôpital ne fait pas mention par affichage de sa couverture en vidéosurveillance qui pourtant a des effets dissuasifs notamment en terme de vols.

L'hôpital est également victime des rumeurs suite à des évènements en rapport avec la sécurité. Ainsi, l'exemple récent d'un début incendie qui a eu lieu le mois dernier dans un chantier jouxtant les services a donné lieu à toutes les inimaginables interprétations (l'hôpital a failli brûlé, l'hôpital n'est pas aux normes...). Par conséquent, Rothschild doit pouvoir être en mesure de communiquer sur ce type d'évènements et notamment sur les actes de malveillance. L'hôpital Rothschild se doit de passer d'une phase descriptive à une phase active. Pour ce faire des efforts sont nécessaires en matière de communication.

## **II.B UN DISPOSITIF EN TRANSITION QUI DOIT REPOSER SUR DES AMELIORATIONS ORGANISATIONNELLES ET DES ACTIONS DE FORMATION SPECIFIQUES**

### **II.B.1 VERS UNE MEILLEURE RESPONSABILISATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS**

- *Une préparation à la prévention et à la gestion des conflits pour les agents exposés*

A l'instar de ce qui se fait dans d'autres administrations, elles aussi touchées par la malveillance, (SNCF, RATP...) des formations " d'aide à la conflictualité " sont dispensées à l'ensemble des agents dont une partie sur base de volontariat. Ces formations courtes sont généralement assurées par des psychologues. L'AP-HP propose elle aussi une formation intitulée «Prévention de la violence au travail »<sup>55</sup>. Elles visent à donner au personnel des outils pour décrypter et analyser les situations de communication et de conflit. Deux types de formation sont, en outre mis en œuvre à l'intention des agents de sécurité : la première porte sur les risques et la maîtrise des situations conflictuelles ; la seconde propose une sensibilisation à la gestion du stress (apprentissage de savoir-faire : ressourcement, dynamisation, vigilance). Une bonne préparation pour affronter des situations difficiles a pour but d'aider les agents à " tenir ". Les agents de « contact » sont exposés à de multiples petits incidents généralement non signalés dont l'accumulation peut les conduire à " craquer " nerveusement. Le programme de formation pourrait être destiné dans un premier temps aux agents de sécurité, hôtesses d'accueil, aux admissions et aux consultations. Ces formations à la gestion des conflits et du stress (techniques de « coping », afin d'obtenir un meilleur contrôle émotionnel en situation

---

<sup>55</sup> Annexé en page 128.

d'agression) et à la détection précoce des agresseurs potentiels (pour mieux désamorcer l'escalade de la violence) auront pour double objectif d'apporter en amont une assurance qui aurait pu être entachée par le sentiment d'insécurité et en aval pour limiter les effets négatifs de telles situations. Destinées aux personnels exposés, ces formations s'inscrivent également dans un management permettant de faire retrouver une confiance nécessaire à la productivité.

*- Une culture anti-malveillance qui doit passer par l'appropriation d'outils et de protocoles :*

Les agents<sup>56</sup> qui ont à :

- assurer une surveillance physique ou électronique des biens et des locaux et intervenir sur alarme
- effectuer un traitement administratif et parfois psychologique sur les lieux (vol, dégradation, violence, incendie...)
- contrôler les flux de personne et des accès (entrée-sortie patients, visiteurs, livraison...)
- conseiller et assister les personnels, les patients ou visiteurs en difficulté (déclaration de vol, transports eu commissariat, aide administrative...)
- rechercher des patients à la demande du personnel de l'hôpital
- enregistrer les informations, évènements ou incidents sur tous les supports réservés à cet effet (main courante, fiche de déclaration malveillance, rapports, registre incendie...) À cet égard, un effort sera mené en terme d'aide à la rédaction pour ce personnel.
- intervenir en soutien des forces de secours police ou pompiers
- intervenir en cas de plan d'urgences, de secours, de prévention de sécurité des personnes et des biens avec la mise en œuvre des consignes prévues à cet effet
- faire respecter les règles en matière de stationnement, d'interdictions diverses (fumer, horaires...)

Devront être à même de :

- analyser rapidement des situations critiques ou à risques et décider des mesures à prendre en urgence
- établir une relation avec différents groupes de population
- résoudre une situation critique auprès d'individus violents ou malintentionnés
- utiliser les moyens d'intervention appropriés aux situations à risques
- transmettre par écrit des informations et savoir les saisir sur informatique
- utiliser les outils bureautiques
- réaliser les premiers gestes d'urgences notamment un premier support psychologique

## II.B.2 VERS UNE PROFESSIONNALISATION DES AGENTS DE SECURITE A CE TYPE D' INSECURITE

*- Une culture commune anti-incendie et anti-malveillance à développer en partenariat*

La situation aujourd'hui ne permet pas d'affirmer que tous les agents soient préparés aux missions d'anti-malveillance. Le suivi de ces équipes nous amène à poser un constat assez critique sur l'état actuel des « troupes ». En effet, il y a une partie des effectifs qui restent en retrait de ces missions prétextant la priorité faite à l'anti-incendie. Ces réactions ne sont pas surprenantes car ces agents souvent au parcours atypique n'ont reçu jusqu'à ce jour qu'une qualification ERP et pour certains d'entre eux c'est la seule qu'il possède. Les dernières formations en lien avec la malveillance remonteraient à plus de deux ans. Une autre partie que je qualifierais sciemment de « cow-boys » extrapole cette fonction d'anti-malveillance. Ces effectifs pour des raisons diverses telles que l'effet costume, l'effet médias (films policiers...) s'identifient généralement aux personnages qu'ils se sont créés. A titre d'exemple, un agent était prêt à condamner l'entrée de Picpus car...une manifestation de jeunes lycéens se déroulait à Nation ! Enfin, la connexion avec les hôtesses d'accueil est complètement inexistante. Cela s'explique en partie en raison de la configuration des lieux. Les hôtesses d'accueil doivent impérativement être associées à ce dispositif.

*- Un schéma d'organisation de la malveillance reposant sur un responsable sécurité des personnes et des biens et sur un circuit unique :*

La dilution des responsabilités ou plutôt la volonté de ne pas y faire face volontairement de la part des responsables actuels implique une réflexion sur ce point.

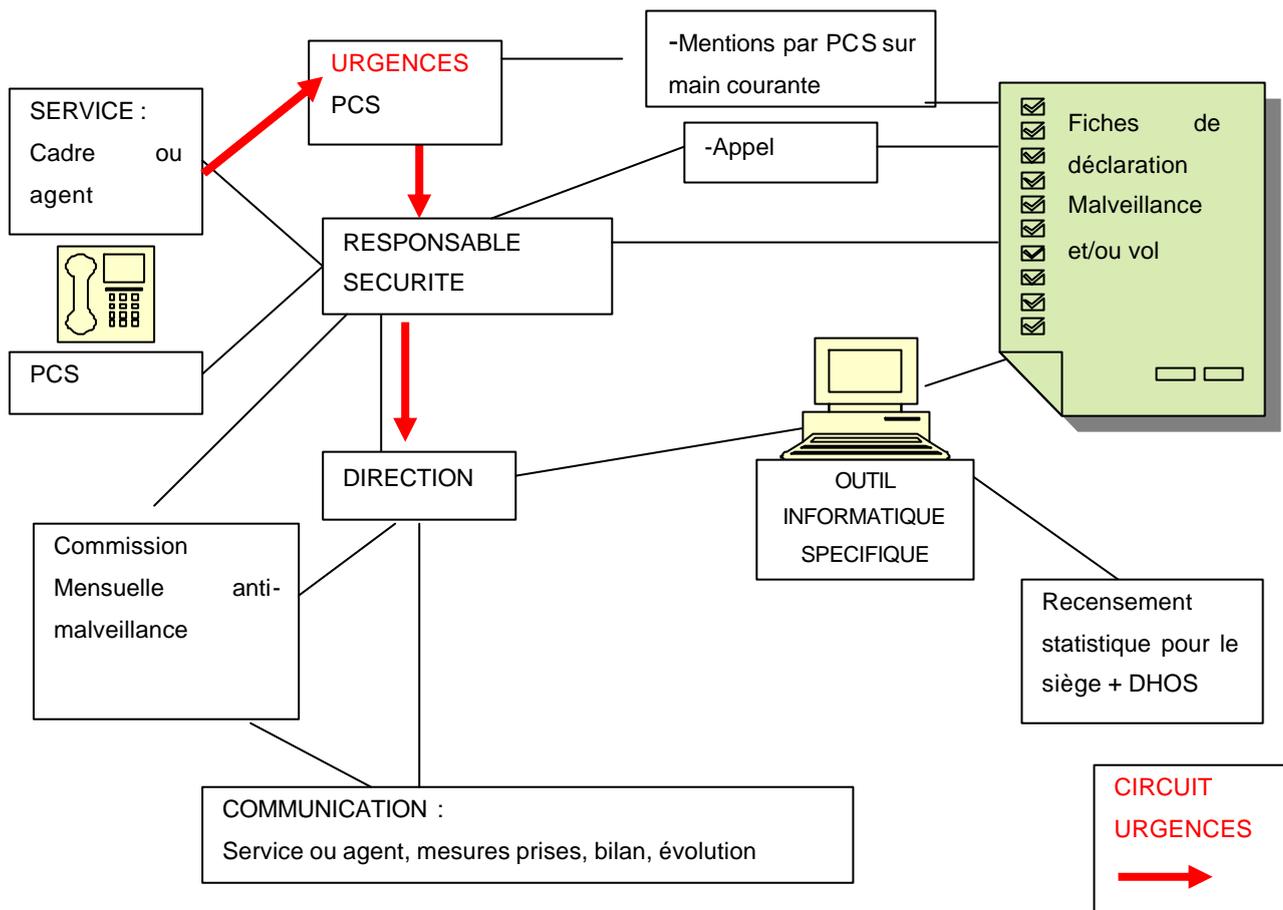
En effet, il n'est pas envisageable de ne pas avoir un Monsieur anti-malveillance clairement identifié qui se destinerait à : - la réalisation d'un plan de prévention incluant une définition des modalités d'installation et d'exploitation des dispositifs d'anti-intrusions (alarmes, contrôles d'accès...) ; - l'élaboration des consignes en matière de prévention de sécurité des biens et des personnes, à la mise en place de dispositifs en matière de gestion des risques en amont des crises ; - la réalisation d'actions de communication, de sensibilisation ; - l'encadrement des équipes avec la programmation de leurs activités ; - l'élaboration des plans de formation ; - au contrôle de l'application des processus,

---

<sup>56</sup> Sur ce point cf. les fiches de poste décrites dans le Nouveau Répertoire des Métiers du Ministère de la Santé( [www.santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr)) Code métier d'agent et de responsable de la prévention et de la sécurité des biens et des personnes :3D101 et 3D102.

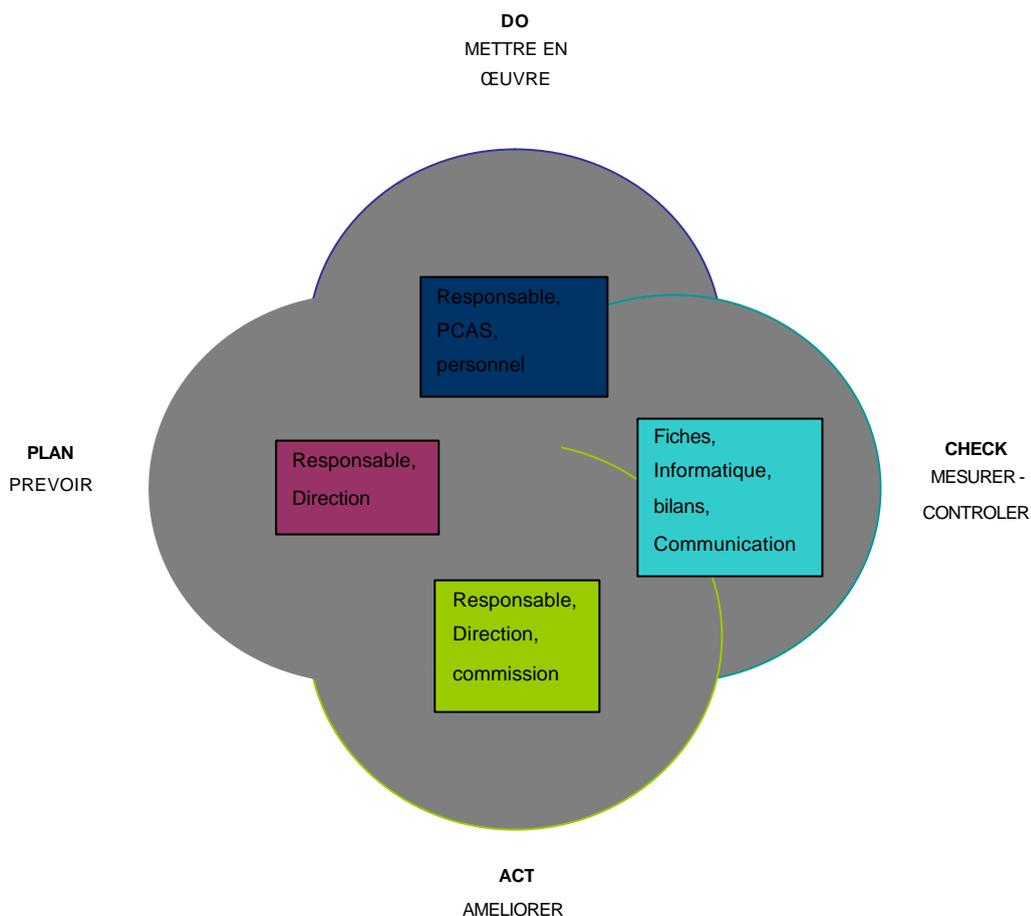
procédures, protocoles et consignes ; - la rédaction d'un rapport annuel sur l'activité et les résultats du service ; - au suivi et contrôle de la prise en charge des prestations externes. A ces missions décrites dans le nouveau répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, il faut y rajouter le rôle de coordonnateur de l'activité (données, chiffres et statistiques) entre les agents, la direction et les interlocuteurs extérieurs (siège, police...). Pour Rothschild, il serait peut-être intéressant de **programmer un recrutement ad hoc** lequel se substituerait à M. Y en tant que responsable de la malveillance.

Un circuit unique de malveillance :



Dans ce schéma, nous constatons un positionnement plus cohérent du responsable de la sécurité et de la direction respectivement coordonnateur et superviseur. IL devra s'appuyer sur un outil informatique lequel apportera les gages nécessaires au recensement (urgent auprès de la DHOS depuis la circulaire du 11 juillet 2005), au suivi, au contrôle et à l'évaluation de l'activité malveillance. Ce schéma devrait répondre au manque de dynamisme actuel lié à cette gestion de la sécurité. Enfin, nous remarquons également que la communication s'intègre au dispositif car cela reste un bon moyen de lutte contre le sentiment d'insécurité et de l'insécurité elle-même.

Ce schéma pourrait ainsi s'inscrire dans un processus d'amélioration de la qualité telle que décrit ci-dessous.



### II.B.3 VERS UNE MEILLEURE ARTICULATION DES SERVICES ET DES MOYENS

- *Une mutualisation des personnels accueil et sécurité...*

Deux faits nous invitent à réfléchir sur une telle mutualisation. Premièrement, la diversité des tâches et l'activité notamment des hôtesses peuvent être assumées par un personnel plus large. Le deuxième point concerne l'efficacité d'un tel regroupement notamment dans la lutte contre ce phénomène. Ainsi, le PCS qui est contraint de disposer de 3 agents 24h/24h durant 365 jours dont l'un qui doit être constamment à l'intérieur du PCS. Ce dernier aujourd'hui assuré par l'agent de la société privée. Demain, cela pourra être par n'importe quel agent. En effet, les agents internes ne souhaitent pas former l'agent « privé » à la connaissance des lieux de peur qu'un jour, ce type personnel les supplante dans leurs missions. En s'appuyant sur les hôtesses et en décalant les horaires, il est possible d'économiser un agent de la société en journée en laissant ainsi l'autre agent la nuit. Par conséquent les hôtesses en journée, aidées par les agents de sécurité du site

devraient effectuer des tâches plus responsabilisantes que celles d'aujourd'hui. Ainsi en plus de l'accueil, elles pourraient contrôler l'accès barrière pour les véhicules, cette même entrée disposerait d'une caméra plus performante et d'un interphone. De surcroît elles veilleraient à la prise et restitution de clefs.

*- ...nécessitant de passer par une mutualisation des locaux...*

Toutefois, cette mutualisation des personnels accueil et sécurité ne pourra être effective qu'en permettant un rapprochement effectif de ces deux services. Il est fortement conseillé notamment pour cette période de transition qui durera 3 ans au mieux, de revoir la configuration des lieux du hall d'accueil. En effet, une vraie réflexion visant à la gestion de flux notamment par l'affichage et à l'intégration technique du PCS dans le HALL devrait être réalisée. Une étude technique et chiffrée menée sous la houlette de l'ingénieur travaux devrait apporter des éléments de réponse concrets pour y parvenir. En effet, il suffirait d'aménager les lieux de telle sorte que du poste circulaire actuel réservé aujourd'hui aux hôtes, le hall évolue vers un accueil capable de regrouper 2 postes de travail avec les écrans de visualisation caméras et détection incendie.

L'interphone de l'entrée véhicule serait relié et disposerait d'une ouverture à distance. Les agents du PCS installés à cet endroit devraient pouvoir contrôler des lieux sensibles tels que la cafétéria et toutes les entrées piétons en direction des services, ce qui en terme de prise en charge de la malveillance n'est pas négligeable.

Cette mutualisation mettrait ainsi fin à la séparation des missions accueil et sécurité lesquelles gagnent en efficacité lorsqu'elles sont menées en commun. Enfin, cette mesure devrait s'inscrire dans la culture du changement nécessaire à la préparation des esprits pour une mutualisation prévue dans le cadre du nouvel hôpital.

*- ...accompagné d'un renforcement technique et informatique*

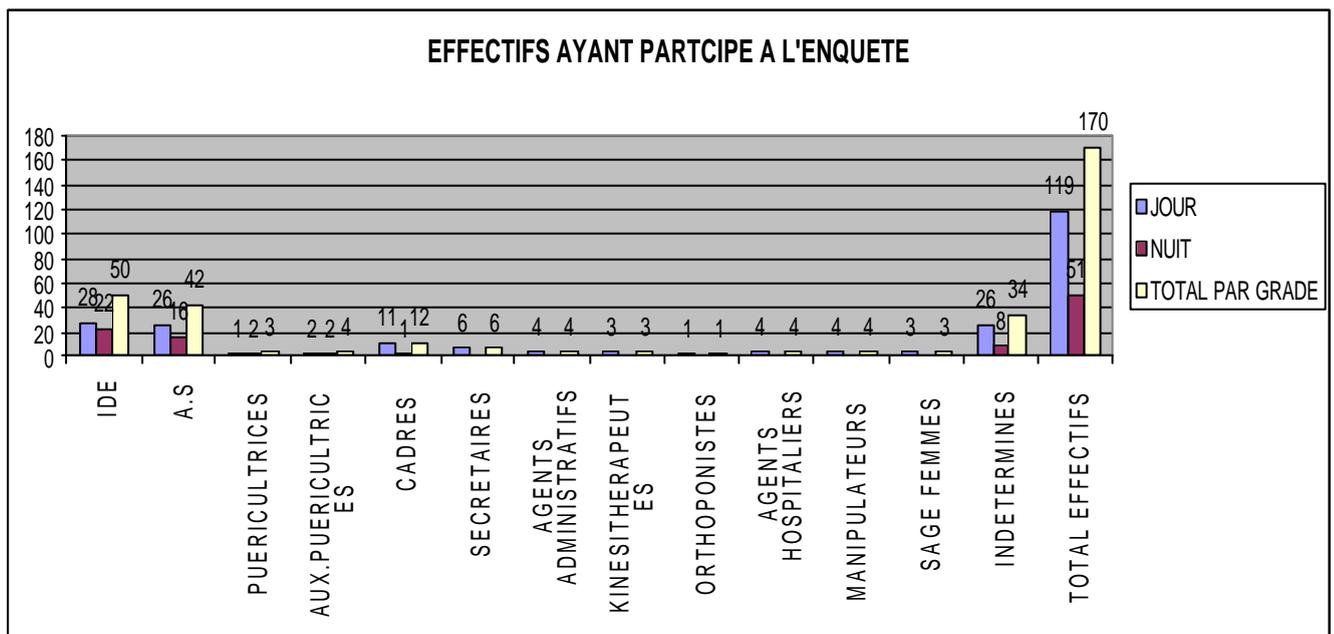
Force est de constater qu'un vrai retard s'est opéré en matière de traitement informatisé d'informations liées à la malveillance. Ce retard comme nous l'avons expliqué précédemment trouve aussi ses raisons dans la gestion opérée par le siège. Toutefois, Rothschild se doit d'installer un logiciel regroupant les items déjà existants sur les supports écrits fournis par le siège.

Ce logiciel installé permettra de s'affranchir de cette obligation fastidieuse de retranscription mensuelle. Les données rentrées quotidiennement donneront une information claire et synthétique laquelle servira au responsable sécurité pour établir ses programmes d'actions (rondes, sensibilisation...). La direction en disposerait à tout moment sous la forme d'un tableau de bord hebdomadaire par exemple. Enfin, les bilans d'activité réalisés par le responsable s'appuieront dessus. L'investissement pour ce type de matériel ne serait pas coûteux car il suffirait soit de créer le logiciel ou soit d'en adapter un existant.

### III. L'ENQUETE REALISE AUPRES DES PERSONNELS CONFIRME LES TENDANCES REVELEES PAR L'AUDIT ET SOULIGNE LEUR INTERET POUR CETTE QUESTION

#### III.A. L'ENQUETE REALISEE AUPRES DES PERSONNELS SOIGNANTS<sup>57</sup> CONFIRME LA PROBLEMATIQUE DES VOLS EN OCCULTANT LE SENTIMENT D'INSECURITE, FACTEUR SOUVENT PARTICIPATIF DE CETTE INSECURITE

##### III.A.1 UNE BONNE PARTICIPATION DES PERSONNELS SOIGNANTS SOULIGNANT LEUR INTERET POUR LA PROBLEMATIQUE



Sur un effectif théorique de 470 personnes (457,71 ETP), 170 ont bien voulu répondre au questionnaire ce qui donne un très bon taux de participation du personnel soignant avec **36,17 %**. Ces **170 réponses** se répartissent de la façon suivante : **119 appartiennent à un service de jour et 51 travaillent la nuit.**

<sup>57</sup> Cf. Annexe page 100.

Quant aux services, une très grande majorité y a répondu avec un total de 11 services de jour et 10 services de nuit. Au sein de ce panel de réponses, on retrouve toutefois 34 questionnaires sans mention du grade et 44 sans mention du service, respectivement 36 services de jour et 8 de nuit.

*- La participation par grade et par profession :*

On peut estimer que la participation a également tenu compte de la diversité des professions et des grades du corps soignant. Ainsi, si les IDE et les AS se retrouvent en tête du nombre des réponses avec respectivement 29,41% et 24,71% (tendance qui se confirme autant pour le jour (23,53% et 21,85%) que pour la nuit (43,14% et 31,37%)). Nous retrouvons néanmoins dans les réponses 3 puéricultrices, 4 auxiliaires puéricultrices, 4 agents administratifs, 6 secrétaires médicales, 12 cadres, 4 agents hospitaliers, 4 manipulateurs radio, 3 sages femmes, 3 kinésithérapeutes et 1 orthophoniste. Par conséquent, nous pouvons qualifier cette enquête d'assez pertinente dans le sens où elle reflète tant en nombre qu'en qualité le corpus soignant de l'hôpital Rothschild. Toutefois, il est à souligner que 20 % de réponses n'ont pas mentionné leur grade (34 questionnaires). Si cela peut influencer sur l'analyse par grade, ce dernier résultat ne pourrait en aucune façon altérer les tendances des réponses déjà identifiées, ce qui nuance par conséquent ce bémol. Enfin, les problèmes de sécurité à l'hôpital n'excluant aucune catégorie socioprofessionnelle, le fait qu'aucun médecin n'ait répondu ou n'ait pu être identifié comme tel relativise ainsi quelque peu le caractère d'exhaustivité de cette enquête.

*- La participation par service de jour :*

En règle générale, la taille des services a été respectée, on retrouve ainsi proportionnellement comme services ayant le plus répondu : la Maternité (sans plus de précisions) avec 24,37 % de participants et les services de rééducation orthopédique et neurologique avec respectivement 12,61% et 9,24%. Les services aux faibles réponses s'expliquent soit par leur taille ou soit par leur faible exposition au public à l'instar de la pharmacie où on comptabilise qu'une seule réponse. Nous avons relevé un fort taux de réponses lié aux services indéterminés de jour (30,25%).

*- La participation par service de nuit :*

A l'image des services de jour, les tendances en terme de nombre se confirment avec 33,33% pour la Maternité (sans plus de précisions sur le service), 13,72 % pour l'équipe de

pool suppléance (dont 1,96% de SAS) et 9,80% pour le service de Plastie (également sans plus précisions sur le service). Dans ces réponses, on retrouve notamment les services de la salle de réveil, de la salle de travail et du bloc maternité lesquels illustrent bien la diversité des réponses enregistrées dans le cadre de cette enquête. Quant aux services indéterminés, le taux de 15,69% est relativement faible comparativement aux services de jour qui s'élevait pour leur part à 30,25%.

### **III.A2          DANS L'EXERCICE DE LEURS FONCTIONS, LES PERSONNELS CONFIRMENT LES TENDANCES DE L'AUDIT EN TERME D'ACTIVITE**

– *Concernant la question de la confrontation à la violence physique :*

78,24% des personnels soignants déclarent ne pas avoir été confrontés à la violence physique, ce qui au-delà du caractère rassurant, confirme les chiffres de la malveillance à Rothschild qui sont de 5 actes de violence recensés pour la période de 2001 à 2004.

Manifestement, la violence physique en tant que telle ne concerne pas les personnels sondés et a fortiori pas l'hôpital en général. **Sur les 21,76% (37 oui) de personnes s'étant déclarées victimes de la violence physique**, 50% sont des manipulateurs radio, 34% concernent les IDE, 33% des puéricultrices et des kinésithérapeutes, 25% des cadres et des agents hospitaliers et enfin 21% des A.S. Les services de jour sont à quant eux concernés à hauteur de 18,49%. Les services les plus exposés sont la gériatrie avec 57,14% de personnes travaillant dans ce service et l'équipe de pool suppléance avec 50%. C'est bien la nuit que les services ont estimé être plus confrontés à cette violence physique, ainsi les services de nuit sont concernés pour 31,37%. Dans ces derniers, la rééducation orthopédique (66,67%) et la salle de réveil (SSPI 100%) sont a posteriori les plus exposés, toutes proportions gardées par ailleurs.

Pour 25 agents (sur 37 au total de oui), la fréquence a été qualifiée de rare, tendance qui a été autant confirmée pour le jour (18) que la nuit (7). Quant aux circonstances de ces violences physiques, elles sont dues pour la plupart au contact des patients (22), 12 en service de jour et 10 la nuit.

– *Concernant la connaissance de victimes d'agressions physiques à Rothschild :*

A cette question, sur les 170 personnes consultées 112 d'entre-elles ne connaissent pas de victimes d'agressions physiques. Ce résultat confirme d'une part la faible activité liée à cette problématique d'agressions physiques mais surtout s'inscrit dans l'idée que **ne prédomine pas au sein de l'hôpital un sentiment d'insécurité développé**.

Ce constat s'inscrit dans les observations d' Henri MENDRAS de la cellule de sociologie de l'OFCE : « *En effet, les dernières enquêtes montrent que le sentiment d'insécurité est en recul dans les années récentes. Ce recul est particulièrement marqué dans les communes rurales et, curieusement dans l'agglomération parisienne...* »<sup>58</sup>.

En effet, celui-ci aurait été visible à partir du décalage existant entre une activité réelle ou supposée réelle avec le ressenti de celle-ci exprimé généralement par le personnel avec une certaine exagération. Dans notre cas, une tendance inversée des réponses compte tenu du faible taux d'actes d'agressions physiques aurait laissé croire qu'existerait un climat *insécuritaire* loin de la réalité, phénomène qui prédomine dans d'autres établissements en raison notamment de la taille, de la configuration, de la communication ou d'autres facteurs spécifiques à l'EPS. Le chiffre de 35 réponses confirmant cette connaissance de victimes d'agressions physiques corrobore a minima (-2) les déclarations de la confrontation à la violence physique (37).

Ainsi, cet aspect de violence physique permet de conclure sur l'idée du **caractère pertinent des réponses formulées par le personnel soignant** notamment dans cette prise en compte d'une réelle activité.

– *Concernant la question de la confrontation à la violence verbale :*

A cette question, nous avons constaté une tendance inversée. En effet, **il y a plus de personnes qui se déclarent victimes de violences verbales que de violences physiques (54,12% contre 21,76%)**. Néanmoins 38,82% des personnels estiment ne pas y avoir été confrontés. Le taux de sans réponse de 7,06% nous éclaire sur le fait qu'il peut être parfois difficile de bien définir ce qu'est une violence verbale notamment dans quelles limites elle peut et doit s'inscrire. Ainsi, ce taux qui concerne particulièrement les catégories socioprofessionnelles d'agents (agents hospitaliers et agents administratifs) reflète cette difficulté que peuvent rencontrer certains personnels au quotidien.

Les A.S par exemple ont répondu à cette question à 45,24% oui contre 47,62% non, sans compter les 7,14% de sans réponse alors que la tendance veut que ces résultats auraient dû suivre proportionnellement ceux des IDE (64% oui et 34% non) en raison des conditions d'exposition souvent communes. Cet avis partagé des A.S pourrait donc s'expliquer par le manque d'une définition exacte de la violence verbale. Ainsi, force est de constater a priori que pour certains personnels, il y a une absence du recul nécessaire pour répondre avec certitude à ce type de questions. Tous les corps soignants à

---

<sup>58</sup> Henri MENDRAS, Ibid., p. 9

l'exception de l'un (orthophoniste) ont été concernés par ce problème. Il est intéressant de noter que le oui concerne plus de 2/3 d'IDE et de kinés. et l'ensemble des cadres, de puéricultrices et de manipulateurs.

En effet, il est d'autant plus préoccupant que si les agents principalement exposés ne connaissent pas parfaitement le champ de délimitation des violences verbales, il est fortement possible qu'un grand nombre de celles-ci soit considéré ou intégré par les agents comme normal. En allant plus loin dans ce raisonnement, rien n'empêcherait ces mêmes agents d'user de ces violences dans le cadre de leur relation, les considérant ainsi comme des non-violences. Nous serions bien par conséquent dans un cercle vicieux lequel consacrerait une bonne partie des violences verbales dans la normalité (de la part de ces personnels), augmentant ainsi le nombre de ces faits sans pour autant qu'il y ait une réelle prise de conscience de ces actes par une partie d'entre eux. Dans notre cas à la question liée aux circonstances, seul 8 réponses attribuent l'origine de ces violences aux collègues ce qui tend à nuancer l'observation précédente sans la contredire.

En outre, la ½ concernent les patients (lié en partie à une exigence de plus en plus accrue dans leur prise en charge) et 1/3 le public, enfin 9 personnes n'ont pas donné de réponse. Si la moitié des victimes estiment que ces faits interviennent rarement, 1/3 considèrent pour leur part que cette situation se reproduit assez souvent.

Tous les services de jour ont été sensibilisés à ce problème excepté le labo uro dynamique.

En dehors du service de gériatrie qui a déclaré à l'unanimité être exposé à ce type de violences, tous les autres services comportent en leur sein des avis partagés pour moitié, ce qui donne un taux d'ensemble de **53,78% de déclarants au sein de ces services comme victimes de ces violences verbales contre 44,53 %**. **L'écart se creuse quant aux services de nuit, en effet 70,58% ont signifié ce caractère de violence verbale contre 29,41% de non.**

Si les sondés estiment que c'est assez rare la nuit (37,25%), 20% toutefois pensent que la fréquence de ces faits intervient assez souvent. Quant aux circonstances, les services de nuit les identifient essentiellement comme liées respectivement aux patients (35%) et au public (27%). Ce taux reste assez surprenant car on estime que les contacts liés au public durant la nuit se font plus rare quand journée.

- *Concernant les vols :*

Les vols qui sont généralement classés en première position (en quantité) des actes de malveillance dans les hôpitaux, ce qui est également vérifiable à Rothschild, sont encore ici assez proches de la réalité en tout cas ils ne sont pas disproportionnés en terme de déclaration faite par le personnel sondé.

Ce qui renforce l'idée que le sentiment d'insécurité n'est pas une caractéristique de cet établissement notamment en ce qu'il ne vise ni les atteintes à l'intégrité physique ou morale et ni les atteintes aux biens.

Ainsi, 21,18% contre 69,41% des répondants déclarent avoir été victimes de vols pour un taux de sans réponse de 9,41%.

Des professions telles que les puéricultrices, les auxiliaires puéricultrices, les orthophonistes et les sages femmes n'ont pas connu de vols.

Les professions les plus exposées restent toutefois les IDE et les A.S, s'expliquant notamment par leur plus grand nombre.

L'origine de ces vols a eu lieu pour l'essentiel dans les vestiaires (18) et ils ont visés principalement des effets personnels (20) et du fiduciaire (12), (4) dans le service et également (4) dans les bureaux, enfin (3) dans les parkings.

Le montant du préjudice de ces vols peut être qualifié d'assez faible compte tenu qu'ils n'ont fait l'objet que d'une plainte sur deux environ.

Les effectifs de 4 services de jour (labo uro dynamique, explo-fonct. Neuro périnéale, l'équipe de suppléance et la pharmacie) n'ont pas été victimes de vols, contrastant avec le ¼ des effectifs des services de jour qui l'ont été au moins une fois.

Les services de nuit n'ont été concernés que pour 4 services (maternité, plastie, gériatrie, DSSI) avec 13,72% contre 80,39 % de déclarants qui n'ont pas été victimes de vol.

Ainsi, **la nuit n'apparaît pas être un terrain propice aux vols**. Ce constat a également été vérifié par les recensements internes qui font état principalement de vols en journée.

- *Concernant la connaissance de victimes de vols :*

Cette question a suscité le plus grand nombre de questionnaires sans réponse (115 soit 67,65%) auprès des personnes sondées. On peut expliquer ce constat soit par le fait que les 118 personnes (69,41%) ayant répondu ne pas avoir été victimes de vols ont peut-être préféré s'abstenir à cette question. En outre, ceux qui ont répondu comme étant victimes (21,18%) ont peut-être également fait part de leur connaissance de victimes en s'y incluant (23,53%). Cette question vient encore confirmer l'absence d'un sentiment d'insécurité dans cet hôpital lequel aurait été exprimé inversement. Nous aurions eu dans ce cas d'espèce une connaissance d'un très grand nombre de victimes contrastant ainsi avec une activité réelle voire avec les déclarations de l'enquête.

Il est intéressant de noter que cette remarque vaut néanmoins plus pour les services de jour avec 25% de victimes pour 22% de connaissance de victimes, que pour les services de nuit lesquels qui ont comptabilisés 13% de victimes parmi leurs effectifs, se retrouvent à 35 % avoir connaissance de victimes de vols.

En effet, on peut expliquer ce décalage pour les raisons suivantes. La première étant que les vols se déroulant principalement la journée, les services de nuit n'en ont pas une connaissance exacte.

De plus, privés de cette visibilité, les effectifs en question ont eu tendance à répondre par une approximation liée plus à un sentiment qu'à des faits dont ils ont eu réellement écho.

*- Concernant la connaissance de vols ayant été commis dans leur service :*

Contrairement à la question précédente qui renvoyait à une connaissance de personnes physiques victimes de vols, celle-ci qui est orientée vers des faits de vols dans les services a recueilli très peu de sans réponses (9,41 % contre 67,65% à la question précédente). Par ailleurs, un grand nombre de personnels soignants ont eu connaissance de vols dans leurs services (67,06 %). Ce qui nous fait dire que **les vols qui ont lieu dans les services sont généralement assez bien connus par le personnel en leur sein**. Excepté pour l'un d'entre eux (orthophoniste) qui n'a pas connu de vols, l'ensemble des professions a eu au moins une fois connaissance de ces larcins.

Hormis les agents hospitaliers (25%) et les aux. Puéricultrices (50%), l'ensemble du corpus soignant a un degré de connaissance de ces vols assez élevé (+ de 66%).

Ainsi les A.S et les IDE se déclarent très au fait de ces actes dans leur service avec des taux respectifs de 69,05% et 74%.

Quant aux cadres, le taux qui s'élève à 91,67% s'explique par le fait qu'ils sont de fait des interlocuteurs privilégiés pour tout recensement et signalement de ceux-ci. Par conséquent dans le cadre d'éventuelles sensibilisations des personnels sur ce thème, les cadres pourraient jouer un rôle plus important tant en amont dans les réunions malveillance qu'en aval dans le travail de sensibilisation en direction des personnels.

La destination de ces vols se répartit pratiquement pour moitié entre les effets personnels (67) et le matériel hospitalier (63), arrive ensuite le fiduciaire (37).

La tendance de cette connaissance de vols commis dans leur service se confirme pour les services de jour (69,74%) alors que pour la nuit, elle est plus élevée (72,54%).

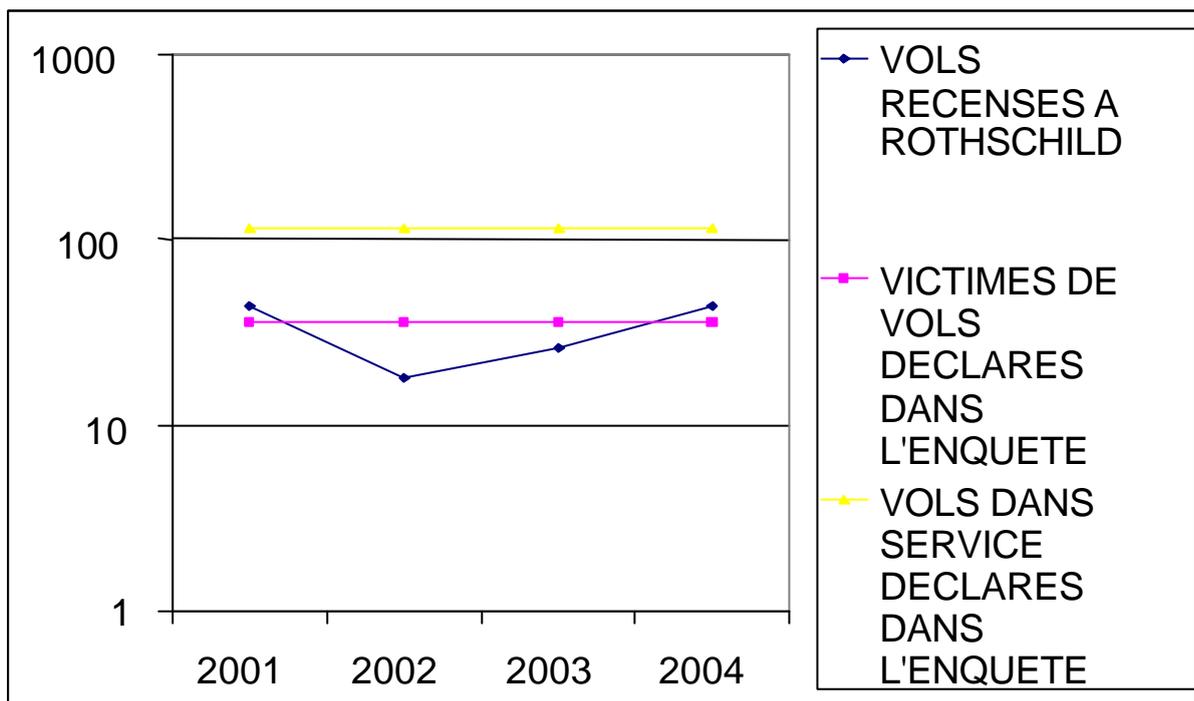
En journée, seules les équipes de suppléance et de la pharmacie ne possèdent pas d'effectifs qui ont connaissance de vols au sein de leurs services respectifs.

Pour la première, cette réponse peut s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas de service bien déterminé. Cela confirme encore une fois, la cohérence d'ensemble des réponses apportées à cette enquête. Quant à la Pharmacie, cela doit probablement s'expliquer par le fait qu'ils n'ont pas eu à subir de vols internes. Autant pour le jour que pour la nuit, la maternité reste le service le plus sensibilisé par cette connaissance de vols.

Cette question a de surcroît le mérite de n'avoir recueilli que des faibles taux de sans réponse, ainsi 5% pour le jour et 3,92% la nuit.

Parallèlement, en comparant les courbes de l'activité réelle et celles des déclarations de l'enquête, nous constatons qu'elles sont très voisines notamment celles concernant les vols recensés à Rothschild et les victimes de vols de l'enquête.

Ainsi, les courbes du tableau ci-dessous illustre ce fait qui a pu être obtenu en faisant sciemment un lissage sur les années 2001 à 2004 des chiffres de l'enquête qui ont été ainsi repris pour chaque année. Cet effet de lissage explique que les déclarations de victimes de vols ou de vols dans les services soient des droites horizontales fixes.



### III.A.3 CONCERNANT L' HOPITAL ROTHSCHILD EN GENERAL, LES PERSONNELS EVOQUENT D'AUTRES DIFFICULTES

Le tableau ci-dessous a repris sous forme de synthèse l'ensemble des réponses apportées par le personnel.

Ainsi dans **les incivilités** ont été regroupées toutes les réponses ayant fait part de violences verbales, d'impolitesse, ... ; - dans **le stationnement** toutes les réponses qui ont fait état du non respect de la vitesse autorisée, des dégradations sur véhicules, du non respect des emplacements,... ; - dans **le droit d'accueil** tous les abus visant au non respect des consignes de sécurité (cigarettes, cierges allumées, alcool...), au non respect des horaires de visite et du nombre de visiteurs autorisés....

Ci-dessous le tableau des réponses retracées sous forme de synthèse en trois items : **incivilités, stationnement et abus du droit d'accueil**, à la question suivante :

- ***Pouvez-vous me citer d'autres manifestations de la malveillance à l'hôpital ?***

GRADE	INCIVILITES	STATIONNEMENT	ABUS DROIT D'ACCUEIL	SANS REPONSE
IDE	12	6	21	11
A.S	4	6	8	24
PUERICULTRICES				3
AUX.PUERICULTRICES				4
CADRES	5	3	8	0
SECRETAIRES	1		1	4
AGENTS ADMINISTRATIFS			1	3
KINESITHERAPEUTES			1	2
ORTHOPONISTES				1
AGENTS HOSPITALIERS	1		1	2
MANIPULATEURS	1	1	3	0
SAGE FEMMES			1	2
INDETERMINEES	1	1	1	31
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>46</b>	<b>67</b>

Au total, **l'abus du droit d'accueil apparaît être l'acte de malveillance le plus cité (46 fois)** et par déduction comme un problème récurrent de fond. Quant aux incivilités (25fois) et le stationnement (17 fois), ils apparaissent plus comme des problèmes que les agents rencontrent épisodiquement. Les 67 sans réponses qui ont été recensés s'expliqueraient par le fait que pour beaucoup d'agents la malveillance s'arrêterait à l'agression physique, aux violences verbales et aux vols.

Au-delà, nous pouvons rajouter que la sociologie donne généralement pour explication à cette abstention, le fait que les personnes sondés qui ne sont pas ou qui n'ont pas été concernés par des actes répétés lesquels doivent franchir un seuil pour devenir problématique, ont souvent des difficultés à en exprimer des aspects, à en définir des contours voire même à en citer des exemples.

Par ailleurs, les services de jour n'ont pas tous la même cohérence en terme de priorité de réponse. En effet par exemple la maternité estime les incivilités (8) et l'abus du droit d'accueil (7) importants alors que la rééducation orthopédique les estime respectivement à 2 et 8.

Ci-dessous le tableau des réponses retracées sous forme de synthèse en 6 items : **vols, agressions verbales, agressions physiques, incivilités, incendies, dégradations stationnement et abus du droit d'accueil**, à la question suivante :

- **A votre avis, quels sont les trois types d'actes de malveillance les plus répandus à l'hôpital Rothschild ? (à hiérarchiser)**

GRADE	N°1	N°2	N°3
IDE	VOLS	AGRESSIONS VERBALES	INCENDIES
A.S	VOLS	DEGRADATIONS	INCENDIES
PUERICULTRICES	AGRESSIONS VERBALES	VOLS	AGRESSIONS PHYSIQUE
AUX.PUERICULTRICES	VOLS	DEGRADATIONS	AGRESSIONS VERBALES
CADRES	VOLS	AGRESSIONS VERBALES	INCIVILITES
SECRETAIRES			
AGENTS ADMINISTRATIFS	VOLS	AGRESSIONS VERBALES	INCIVILITES
KINESITHERAPEUTES	AGRESSIONS VERBALES	VOLS	AGRESSIONS PHYSIQUE
ORTHOPONISTES	DEGRADATIONS	VOLS	INCENDIES
AGENTS HOSPITALIERS	INCIVILITES	AGRESSIONS VERBALES	INCENDIES
MANIPULATEURS	AGRESSIONS VERBALES	VOLS	AGRESSIONS PHYSIQUE
SAGE FEMMES	VOLS	AGRESSIONS VERBALES	INCIVILITES
INDETERMINES	VOLS	DEGRADATIONS	AGRESSIONS PHYSIQUE
<b>TOTAL</b>	<b>7 V. / 3A.V./1D./1I.</b>	<b>5A.V./4V./3D.</b>	<b>4Ifeu./4A.P/3I./1A. V.</b>
<b>Total par qualification</b>	<b>11 vols</b>	<b>9 Ag. verbales</b>	<b>4 dégradations 4 incendies 4 incivilités 4 agressions physiques</b>

**Arrivent en tête les vols (11fois), les agressions verbales (9 fois), à égalité 4 fois pour les dégradations, les incendies, les incivilités et les agressions physiques.**

Ce qui en terme de reflet de l'activité réelle malveillance à Rothschild apparaît très pertinent.

Mais si on devait regrouper les agressions verbales (lesquelles ne font aucun doute dans les esprits des personnels sollicités) avec les incivilités, les violences dites verbales dépasseraient les vols.

Dans le tableau ci-dessus on remarquera que cette hiérarchisation est pratiquement valable pour toutes les professions. Ainsi, dans la plupart des cas, les incendies, les agressions physiques et les incivilités ont été classés en troisième choix.

Les services de jour et de nuit, une fois n'est pas coutume, respectent à une voire deux unités près ce classement. Concernant les incendies, il est intéressant de relever que les incendies sont considérés comme des feux volontaires alors que Rothschild en a toujours été, a posteriori, protégé tout au moins dans les derniers recensements effectués.

- *Concernant leur sécurité dans l'exercice de leurs fonctions à l'Hôpital Rothschild*

**La majorité du personnel se sent en sécurité dans l'établissement** (127 réponses soit 74,71%) contre 12,25% se déclarant en insécurité et 12,94% sans réponse. Les sociologues reconnaîtront ici la théorie de Thomas selon laquelle : « *Lorsqu' une situation est considérée comme réelle par une population, elle est réelle dans ses conséquences* » qui a par la suite connue la nouvelle appellation de R.K. Merton : « *prédication créatrice* » de la manière suivante : « *Les croyances collectives engendrent leur propre réalisation* ». Ce résultat s'explique notamment par le fait qu'il y a très peu de violences physiques au sein de l'hôpital liées à la configuration des lieux (quartier tranquille dans le 12<sup>ème</sup> arr), à la taille (hôpital à taille humaine, absence de services jugés problématiques pour ces questions : urgences...). Les réponses concernant les raisons des personnes se sentant en insécurité sont liées au contact du public (12), à leur isolement (4), au travail dangereux (3) et (5) n'ont pas expliqué leurs raisons. Ces réponses ne remettent pas en cause la configuration générale sécuritaire de l'établissement, elles sont plus liées à quelques personnels (12,35%) qui développent une insécurité personnelle reposant sur des motifs qu'ils ont évoqués.

En conclusion, nous pouvons affirmer que cette enquête s'est révélée être très positive tant dans ses apports que dans la sensibilisation initiée à travers elle. L'implication des cadres sous la houlette de la Direction Des Soins Infirmiers a été pour beaucoup dans l'élaboration de ce projet. Parallèlement, force est de reconnaître que cette enquête dont le résultat est globalement positif en terme du nombre de réponses, de leurs qualités et de l'intérêt porté au questionnaire n'aurait jamais pu aboutir sans la participation active et sérieuse des personnels qui s'y sont soumis. En outre, si l'hôpital Rothschild est généralement considéré comme assez sûr, la problématique de la malveillance demeure et l'actualité récente est là pour nous la rappeler.

Enfin, si les réponses ont confirmé certaines hypothèses : *la sécurité de l'hôpital en tant que lieu ouvert est liée à la configuration générale de l'établissement, la problématique des vols comme préoccupation première, les contours de la malveillance pas toujours clairement édictés notamment dans les violences verbales lesquelles sont de plus en plus problématiques*, d'autres ont été infirmées à l'instar *du sentiment de sécurité qui ne prévaut pas tout le temps dans les hôpitaux, la malveillance n'est pas une problématique mineure* pour le personnel hospitalier...

### **III.B LA MICRO-ENQUETE REALISE AUPRES DES AGENTS DE SECURITE SOULIGNE LE MALAISE QUI PREDOMINE DANS LEUR PROFESSION**

Les effectifs du PCS sont de 15 agents dont la plupart sont agents hospitaliers de la fonction publique et titulaires du brevet ERP 1 (correspondant aux établissements recevant du public 1<sup>er</sup> niveau). 9 agents ont répondu au questionnaire leur étant réservé, ce qui équivaut à un taux de participation de 60%.

#### **III.B.1 DES REPONSES REFLETANT UN SENTIMENT LIE AU MANQUE DE RECONNAISSANCE**

A la question « **Comment définiriez-vous vos missions de sécurité ?** » seuls 2 agents ont répondu (22%). La synthèse de leurs réponses est :

- aide et assistance aux personnels face aux feux et aux agressions.
- assistance aux malades, personnels, visiteurs et préservation du patrimoine

- *Dans l'exercice de vos fonctions :*

A la question « **Etes-vous souvent confronté à la violence physique ?** », les réponses ont été partagées à peu près pour moitié (4 oui pour 5 non). Il est intéressant de noter qu'au regard de l'activité quasi nulle des violences physiques recensée à l'hôpital Rothschild, 4 agents déclarent y être confrontés souvent. Cela sous entendrait qu'une partie des violences n'est pas déclarée à l'hôpital notamment parce qu'elle vise les agents sensés y faire face ou plus simplement parce que l'hôpital ne dispose pas d'outils ad hoc pour recenser toutes les violences. Une autre explication voudrait que ces déclarations ne soient pas réalistes compte tenu notamment de l'activité et du caractère de tranquillité propre à Rothschild d'une part et des 5 autres agents qui déclarent n'être pas souvent confrontés à la violence physique. Cela reviendrait à affirmer qu'une partie des agents a tendance à revendiquer ce caractère d'exposition.

La question liée à la fréquence tend à rendre peu vraisemblable l'exposition à la violence physique. Sur les 4 oui justement, un n'a pas répondu à la question, les 3 autres ont invoqué pour leur part des motifs liés au climat (pleine lune, chaleur) et aux circonstances politiques dans le pays, ce qui tend à confirmer l'hypothèse formulée à la question précédente laquelle relativise les réponses pour le oui.

Ce constat est d'autant plus confirmé qu'à la question « Dans quelles circonstances ? », un seul agent a exprimé clairement les circonstances qui se résument d'après lui à l'exigence croissante du public et face à des patients aux pathologies difficiles (toxicomanie, psychiatrie)

Seuls deux agents expriment leurs difficultés pour y faire face qui nous amène à dire que dans de réelles situations de violence physique, une moitié y serait formée et une autre serait dépourvue d'outils leur facilitant cette prise en charge.

Aussi surprenant que cela puisse paraître, le respect du cadre légal arrive en première position des difficultés rencontrées. Ensuite, est annoncées la difficulté face à un patient hospitalisé sur une longue durée et enfin la gestion d'un groupe ou de la famille de patients.

Les moyens utilisés pour y remédier sont rassurants en sens où ils renvoient à des valeurs de médiation communication. Celles-ci qui ont été rappelées par les agents n'ont fait aucune place à des moyens physiques comme la self défense, lesquels nous auraient pas étonné le cas échéant compte tenu parfois du profil de certains agents. Toutefois, le respect du cadre légal évoqué ci-dessus tend à ne plus avoir le même sens car a posteriori rien dans la loi s'oppose à ces mesures d'écoute et de dialogue formulées par les agents se déclarant confrontés à la violence physique.

A la question « Etes-vous souvent confronté à la violence verbale ? », les réponses sont quasi unanimes (8 oui pour un seul non)

A l'instar des réponses formulées par les personnels soignants, les violences verbales apparaissent être des actes de malveillance récurrents sans qu'une fréquence établie de ces actes était clairement énoncée par les sondés. En effet, les réponses des agents n'ont généralement pas été assez claires excepté pour deux qui estiment qu'il s'agit d'une fréquence quotidienne.

Cette question nous éclaire aussi dans ce cas sur les difficultés de la définition d'une violence verbale. A priori, les 2 agents optant pour des violences journalières seraient conscients des contours de la violence verbale et pour les autres des doutes subsisteraient lesquels les auraient gêné à formuler des réponses plus proches de la réalité en raison de leur particulière exposition dans la structure.

En se référant à la synthèse des personnels soignants, nous constatons que c'est bien la catégorie socioprofessionnelle des « agents » qui serait victime de cette acceptation normalisée de ces violences.

Les circonstances de ces violences sont liées pour la plupart à l'accomplissement de leurs tâches quotidiennes notamment dans le filtrage des véhicules à l'entrée (4 réponses). En effet, celles-ci s'expliquent par le fait que dans un établissement parisien, la question du stationnement n'est pas anodine. L'autorité attribuée à ses agents n'est généralement pas reconnue en tant que telle en raison du manque de reconnaissance de cette profession laquelle renvoie plus à une notion de vigile ou de gardiens confinés dans une loge qu'à des agents anti-incendie et anti-malveillance.

Ce problème d'autorité non respectée se retrouve lorsqu'il faut rappeler les consignes en matière d'heures autorisées pour les visites.

A ces deux difficultés, les agents doivent en même temps faire preuve d'autorité et de souplesse notamment lorsqu'il s'agit de cas particuliers.

En outre, deux agents ont exprimé les violences verbales nées de conflits ou de provocation.

Enfin, un agent, une fois n'est pas coutume a tenté de justifier ces violences comme un moyen de plus en plus utilisé par toutes les catégories pour influencer la réponse qui sera apportée à sa demande.

La plupart des agents ont éprouvé des difficultés pour y faire face (6 oui contre 2 non et un sans réponse). Elles se résument d'après les agents à des insultes et des menaces. Les moyens utilisés ont été a posteriori conformes à ceux attendus en pareil circonstances : - médiation ; - application des consignes ; - calme, fermeté, ignorance.

A la question « Vous sentez-vous bien formé à ces deux types de situations ? », quatre agents ont répondu oui, deux non et étrangement 3 agents n'ont pas daigné s'exprimer sur cette question.

Quant à la question liée aux problèmes rencontrés dans l'exercice de leurs fonctions, arrive en tête les difficultés liées au manque de respect et de considération envers la profession. Ils précisent par ailleurs qu'ils ne sont pas écoutés notamment dans la mission d'assistance aux personnes. Les provocations en tout genre sont problématiques à leurs yeux. Ils évoquent également certaines difficultés relationnelles avec les visiteurs lesquelles d'après eux ni ne s'adressent à eux avec respect, ni ne tiennent compte de leurs éventuelles remarques. Les accès en voiture à l'hôpital sont source de conflits journaliers notamment dans le cadre de la mise en place d'une politique restrictive de stationnements (macarons, véhicules autorisés,...). Et enfin, les agents déplorent le

manque de communication et de concertation avec le personnel, source aussi de malentendus voire de conflits.

Enfin, les propositions visant aux améliorations à apporter pour lutter contre ce phénomène se résument pour les agents de sécurité à : - plus de vigilance, - une plus grande cohérence d'action, - à une meilleure organisation de travail avec un chef de service spécifique, - une meilleure information,- à plus de confiance, - à plus de formation, - à une assermentation des personnels de sécurité, - à faire respecter par l'ensemble du personnel les consignes de sécurité, - et enfin à des stationnements mieux réglementés.

### **III.B.2 DES ENTRETIENS SEMI DIRECTIFS<sup>59</sup> QUI VIENNENT CONFORTER LA NECESSITE DE LA PRISE EN COMPTE DE CETTE PROBLEMATIQUE :**

A la première hypothèse : « l'insécurité à l'hôpital vue comme une problématique centrale partagée par tous » a été confirmée par l'ensemble des interviewés. Ainsi, toutes réponses ont répondu par oui à la question : *Considérez-vous l'insécurité à l'hôpital comme un problème majeur des établissements de santé ?* Certains mêmes vont devancer l'entretien en exprimant leur incompréhension face à des situations qui ne trouvent pas encore de réponses...

La seconde hypothèse : « Les moyens utilisés ne correspondent pas aux attentes des différents professionnels » a été également confortée par les interlocuteurs même si certaines réponses (société civile et usagers) sont restés quelque peu dubitatifs sur la capacité de certains moyens à endiguer ce phénomène.

A la question : *Que pensez-vous des missions de sécurité incendie et d'anti-malveillance menées en commun ?* Les avis sont partagés entre *les connaisseurs* et les autres.

Les connaisseurs, parmi lesquels on retrouve tous les professionnels de sécurité (interne et externe), dissocient clairement les deux missions et réaffirment pour chacune d'entre elles leurs spécificités à part entière. Toutefois, certains d'entre eux estiment que pour les petits sites cela pourrait s'envisager comme c'est le cas aujourd'hui de Rothschild.

La question suivante : *Comment envisageriez-vous la professionnalisation de la fonction anti-malveillance à l'hôpital ?* a été appréhendée proportionnellement à la connaissance du domaine. Ainsi pour les professionnels de sécurité et les responsables administratifs,

---

<sup>59</sup> BLANCHET Alain, GOTMAN Anne, L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Nathan, Coll.Sociologie, mars 1994, 125 p.

cela doit obligatoirement passer par la mise en place d'une filière professionnelle « ouverte sur concours avec une hiérarchie particulière ». Il est intéressant de noter que les réponses du personnel médical et paramédical s'orientent plus vers les instances notamment le CHSCT. Enfin, les usagers évoquent la formation et quant aux partenaires extérieurs ils estiment que les sociétés privées doivent être plus rigoureuses dans leur recrutement et leurs formations internes.

Les difficultés pour l'hôpital de lutter contre la malveillance se résument surtout à *l'antagonisme entre hôpital lieu ouvert et l'insécurité de la société en générale*. Le personnel soignant évoque le manque d'informations et le manque de moyens.

Concernant ce point, d'après le recensement effectué à partir des réponses ils se résument à : réglementation, hiérarchie, les instances (pour le corps médical), dispositifs techniques actuels (vidéo...) et équipe de gardiennage (pour les professionnels de sécurité), police et sens civique (pour les usagers...).

Enfin, la troisième hypothèse : « la sécurisation des hôpitaux n'est pas incompatible avec le maintien de l'argument souvent invoqué à tort que l'hôpital doit rester un lieu ouvert... »

Ainsi, il est intéressant de remarquer que le personnel soignant hormis les médecins estiment qu'il est primordial que *l'hôpital puisse faire l'objet d'un dispositif particulier de sécurisation ? (Filtrage à l'entrée ...)*. Cette opinion est également partagée par les professionnels de sécurité hormis un Chargé de sécurité dans un grand hôpital qui estime que « *c'est impossible aujourd'hui (...) sans créer un dysfonctionnement du service public hospitalier* ». Les responsables (Directeurs) pensent qu'il le faut incontestablement sur certains sites sensibles. Les usagers et les partenaires (élus) pensent « *si c'est la solution, cela doit respecter l'entrée à tous sans aucune distinction* ».

Ce résumé ne peut en aucune façon retracer la globalité de ces entretiens lesquels ont été riches en échange notamment dans la diversité des points de vue. C'est pour ça, que certains des extraits apparaissent dans le corps du mémoire afin d'illustrer le fait qu'ils ont contribué à réflexion globale liée à cette problématique.

Cette dernière qui a fait l'objet de cette étude de terrain a également retenu l'attention des pouvoirs publics. Afin de ne pas considérer ce fléau comme une fatalité, des moyens sont mis à la disposition du directeur d'hôpital lesquels devraient être facilités par la volonté exprimée par les autorités de tutelle. Toutefois le directeur d'hôpital, au centre de cette convergence devra néanmoins se positionner comme chef d'orchestre dans la mise en place d'une gestion de risques.

### **3<sup>ème</sup> PARTIE : LES MOYENS MIS A LA DISPOSITION DU DIRECTEUR D'HOPITAL ET LES RECENTES MESURES PRISES PAR LES AUTORITES DE TUTELLE CONVERGENT VERS LA MISE EN PLACE D' UNE POLITIQUE DE GESTION DE RISQUES APPROPRIEE, LAQUELLE DEVRAIT CONCOURIR A LUTTER CONTRE LES INTERNALITES ET EXTERNALITES NEGATIVES LIEES A CE PHENOMENE.**

Si les outils mis à la disposition du directeur d'hôpital restent soumis à une volonté locale, force est de constater parallèlement que les différentes autorités de tutelle ont clairement affichées leur ambition en la matière. Toutefois, la situation qui impose aujourd'hui au directeur d'hôpital une réelle réactivité nécessite la mise en place d'une politique ad hoc. Pour y parvenir, l'action du directeur d'hôpital en tant que chef d'orchestre devra s'appuyer sur une politique d'investissement prenant en compte certains dispositifs technologiques. Il devra également compter sur l'aspect humain en développant un management participatif. Enfin, la mise en place de cette gestion de risques devrait pleinement s'accorder avec les objectifs fixés par les pouvoirs publics.

## **I. UNE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT QUI DOIT TENIR COMPTE DES DISPOSITIFS TECHNOLOGIQUES**

### **I.A DES ACCES ET DES LIEUX MIEUX SECURISES**

#### **I.A1 TOUTES LES ENTREES ET SORTIES DE L'HOPITAL SOUS VIDEOSURVEILLANCE ET A AUTORISATION ELECTRONIQUE**

*- Des accès et des lieux mieux sécurisés notamment par des entrées et sorties de l'hôpital sous vidéosurveillance :*

Il est à rappeler que ces installations sont réglementées par les dispositions de la loi n°95-73 du 21 janvier 1995 et du décret n°96-926 du 17 octobre 1996, dispositions qui ont été précisées par une circulaire du 22 octobre 1996.

Le cadre légal impose un **respect du principe de proportionnalité** au regard de l'objectif poursuivi (art. L120-2 du code du travail).

Ainsi, les entrées de l'hôpital devront pouvoir disposer d'un système de caméras assez perfectionnées permettant un enregistrement numérique, un système de détection « sensor » intégré ou à capteur volumétrique externe, une programmation des fonctionnalités à distance (gros plan à l'écran de visualisation dès franchissement d'une zone à des heures prédéfinies avec commande d'éclairage instantané...) et bien entendu reliées à des écrans de contrôle situés au PCAS. Ces caméras perfectionnées seront si possibles en couleur.

Ce type de caméras, justifié en raison de leurs nombreuses fonctionnalités indispensables aux grands accès de l'hôpital (véhicules et piéton), pourra être prévu aux endroits suivants :

- 1 caméra à l'**entrée des véhicules** ambulances et du parking personnel
- 1 caméra à l'**entrée du public** balayant tout le parvis
- 2 caméras à l'**entrée de livraison** dont l'une située à l'intérieur de l'enceinte au niveau de l'aire de livraisons permettant ainsi de veiller autant sur les éventuelles intrusions après le passage d'un gros véhicule que sur l'aire de livraison elle-même.

L'hôpital pourra également s'équiper en caméras dites de contrôle appréciées surtout pour leurs fonctions dissuasives. Celles-ci plus discrètes (insérées dans une boule par exemple) seront situées à l'intérieur de l'établissement mais devront impérativement être reliés au PCS. Ces caméras pourront être accouplées à un système de portes à badges électroniques.

- *Un système d'entrée et de sortie à autorisation électronique :*

En effet, dans toutes les zones nécessitant une accréditation badge, l'hôpital pourrait être équipé d'interphones à leur entrée. Aux entrées principales de l'établissement (sauf bien entendu l'entrée piétons) le PCS serait l'interlocuteur pour ces appels.

Quant aux zones d'activités qui auront été ciblées comme telles (soignants ou non soignants), ce système serait assuré par le personnel comme cela s'effectue sur de nombreux sites.

Le projet devra également prévoir des ascenseurs permettant des restrictions d'accès aux étages inférieurs ou supérieurs suivant la localisation du *service à risques*. Ce système à codes par exemple pourrait être actionné que dans certains cas lorsque le service

l'estimera nécessaire. Ce dispositif permettrait de lutter contre les tentatives d'enlèvement de nourrissons se déroulant parfois dans les services de maternité.

Certains locaux à matériels onéreux pourront être protégés par des alarmes volumétriques à l'instar de la régie qui supporte un coffre-fort, l'informatique et dans tous les autres lieux où le matériel sera susceptible d'être dérobé. En effet par exemple, un scanner dont le prix est onéreux ne nécessite pas compte tenu notamment de son encombrement d'un dispositif particulier de sécurisation.

Toutes les sorties de secours devront impérativement pour des raisons de sécurité être équipées de poussoirs à pression (non de la barre en métal s'inclinant afin d'éviter les intrusions malveillantes).

## I.A.2 DES ZONES ET DES LOCAUX HIERARCHIQUEMENT SECURISABLES

- *Des zones et des locaux hiérarchiquement sécurisables :*

La vieille utilisation des clefs classiques nous a montré les limites de ce type de clefs en terme de sécurité, à l'image des fameux passes que bon nombre d'agents ont à leur trousseau. La facilité de duplication de ces clefs a déjà par le passé (encore aujourd'hui) mis en lumière les difficultés de sécurisations des locaux. Cette facilité dont l'usage est plus que courant permet même dans certains cas une utilisation de ces copies dans d'autres hôpitaux ! Pour illustrer ce fait, le responsable sécurité de la Pitié Salpêtrière a déclaré avoir retrouvé 150 clefs dans une poubelle...<sup>60</sup>

Bon nombre d'hôpitaux se sont d'ores et déjà lancé dans la *badgétisation* des accès dans l'attente de voir un jour la science fiction rattraper le présent. En effet ce temps n'est pas dans une échéance lointaine car dans le cadre de notre entretien avec Jacques Orsi, celui-ci nous avait même confié qu'un service de la Pitié Salpêtrière s'était déjà lancée dans la contrôle d'accès biométrique (empreinte digitale ou visuelle).

Toutefois aujourd'hui, le badge permettra ainsi un contrôle efficace, une souplesse de gestion et enfin des fonctionnalités évolutives s'accommodant fort bien des évolutions propres au milieu hospitalier.

La question qui se pose généralement après l'adoption d'un tel système de verrouillage est de délimiter les accès qui en bénéficieront.

---

<sup>60</sup> Libération, Op. cit., p. 31

### Pour l'ensemble du personnel :

Nous pouvons considérer que l'on peut équiper l'ensemble du personnel d'un badge regroupant les fonctionnalités suivantes :

- Entrée parking et entrée à l'intérieur du bâtiment car contrairement à aujourd'hui l'accès du parking aux services ne sera pas libre.
- Entrée dans les vestiaires (dont certains auxquels on prévoirait deux à quatre vestiaires à code qui seraient réservés aux intervenants extérieurs (maintenance, étudiants...))
- Carte de paiement de self

L'avantage principal d'une généralisation d'accès badgés est d'autoriser ou de restreindre des zones aux personnels avec une grande souplesse de cette gestion. Au-delà, la mémoire de tous les passages est conservée sur un support informatique lequel pourrait toujours servir à d'éventuelles investigations judiciaires. Les services recensés comme sensibles pourront bénéficier soit de badges ou soit de clefs à puce leur permettant un accès personnalisé et ce dans une logique de services. A l'intérieur des zones, on peut estimer que seuls les réserves et bureaux pourront être équipés de ces deux technologies.

Cette possibilité devra se conformer aux dispositions de la loi Informatique et Libertés 78-17 du 6 janvier 1978. En effet, lors d'un colloque qui s'est tenu le 5 juillet 2005 à l'attention des entreprises de communication, des dirigeants hospitaliers et des responsables de sécurité, il a été rappelé les obligations incombant aux établissements hospitaliers notamment dans les déclarations préalables à la CNIL pour tout ce qui concerne le domaine de la télécommunication en interne.

Le service des caisses admissions et de la régie supporteront une attention particulière avec une ouverture possible que de l'intérieur conformément à la réglementation de la Trésorerie Générale.

### **I.A.3 UN QUADRILLAGE DE L'HOPITAL CONFORTE PAR LA MISE EN PLACE D'UN RONDIER ELECTRONIQUE**

Un rondier est un système permettant de contrôler des points de passage initialement choisis pour des raisons de sécurité. Un rondier électronique contrôle en effet les points de passage choisis dans l'enceinte, en effectue une traçabilité, signale les dysfonctionnements et assure des fonctions intelligentes.

Ainsi, l'agent dispose d'un petit support magnétique qu'il doit faire coïncider avec les petites puces électroniques préalablement installées sur le site. Cela contraint l'agent à suivre un tracé que l'on aura à évaluer à partir des données mesurées. Plusieurs tracés sont ainsi programmables permettant de s'adapter à l'activité hospitalière, aux tranches horaires et à l'activité malveillance. Il est possible de rajouter ou de déplacer les puces permettant un dynamisme et une évolutivité intéressante quant au but recherché.

A ces fonctions de base, il est possible de programmer jusqu'à douze incidents lesquels pourront être recensés sur le support de l'agent. Ce système pourra retraiter les données intégrées dans le système informatique.

Le rondier par conséquent est un bon outil complémentaire au suivi de l'activité. Il permet de faire des recoupements avec une activité déclarée, de faire un suivi de l'activité des agents mettant ainsi fin aux somnolences la nuit. D'après Jacques ORSI : *« nous avons constaté que beaucoup d'agents de nuit dormaient à l'hôpital car il n'est pas rare dans cette profession que les agents cumulent des emplois en journée. Sur un grand site comme la Pitié, le contrôle ne pouvait passer que par un tel système qui a permis, au-delà de la sous activité des agents de nuit, une réelle visibilité des agents au sein de l'hôpital »*. Il ne serait pas judicieux de conclure sans parler du coût de la mise en place de ce système. Ainsi, il faut compter 4500 euros pour une installation complète comprenant jusqu'à 150 puces (150 points de passage et autant de rondes possibles), informatisation incluse, en sachant que le nombre de 150 est réservé aux plus grands hôpitaux. Ce qui rend cet investissement abordable compte tenu des services rendus par son utilisation.

## **I.B DES PERSONNELS DISPOSANT DE MOYENS DE PREVENTION, DE DISSUASION ET DE PROTECTION**

### **I.B.1 DES PERSONNELS DISPOSANT DE MOYENS DE PREVENTION ET DE DISSUASION**

*- Une prévention dont une des ressources est la formation*

En effet, les personnels doivent disposer de formation spécifique de gestion à la conflictualité, de maîtrise du stress et parfois même de motivation (coaching). Ces formations dont nous avons préalablement évoqué les aspects doivent servir à préparer les personnels à accueillir la violence, la contenir, la gérer pour espérer la transformer en une relation normalisée.

Même si ce résultat ne pourra pas toujours être atteint, les personnels ne se sentiront plus comme des victimes en se remettant parfois en cause à tort mais arriveront à surmonter cette violence, réduisant ainsi les perturbations occasionnées.

*- Une prévention qui se trouve le dispositif de la structure d'accueil :*

En effet toute la politique d'accueil doit également être revue. Ainsi, beaucoup d'hôpitaux disposent de standards d'agencements qui datent des années 1970 et qui ne répondent plus aux normes actuelles. Un effort particulier doit être fait au niveau de l'éclairage lequel doit abandonner les néons, source d'agressivité, au profit de lumières naturelles ou de système s'y rapprochant (spot halogènes, lumières tamisées ou d'ambiances...).

En outre, les couleurs des murs doivent également suivre la même tendance tout en privilégiant certaines couleurs dites gaies ou d'apaisement au détriment du blanc et gris psychiatrique ou des couleurs criardes que l'on rencontre encore malheureusement assez souvent dans nos hôpitaux.

Tous les halls d'accueil ou les rocares doivent supporter un effort particulier car en effet, l'attente étant source d'énervement, il faut donc apporter le maximum d'apaisement et de convivialité dans ces lieux dits d'ébullition : moins d'obstacles visuels, un affichage des plus minimalistes, des fauteuils sensibles à l'ergonomie et le confort, des créations d'espaces fleuris, une musique d'ambiance (privilégier une musique relaxante à la radio locale). En d'autres termes, il faut réussir à suggérer à l'individu qu'il est ici reçu et considéré et non défié ou provoqué (inconsciemment)...

A cela s'ajoute toute la politique d'affichage laquelle doit privilégier l'information claire, la plus simple efficace. Même si cela paraît simple, il est toujours aussi difficile de se repérer dans un hôpital, de trouver un service simplement et à l'extrême toujours aisé de se perdre... Ainsi, il faut imaginer dès l'entrée de l'hôpital un fil conducteur par un jeu de formes, de couleurs et de taille. Il faut absolument débarrasser des murs toutes les formes d'affichage inutiles lesquelles dans leur multiplicité ne font que monter en puissance le faible agacement du départ de ne pas trouver la bonne information. Car on rentre bien dans un hôpital pour aller dans un service non pour lire des affiches de publicité...

Pour finir sur ce thème, cette politique d'affichage simple, convivial et ludique qui s'inscrit harmonieusement avec les lieux doit être accompagné de simples panneaux rappelant les règles et obligations sécuritaires dans l'EPS : l'interdiction de fumer, d'introduction et de consommation d'alcool ou de produits illicites, le rappel de l'espace mis sous vidéosurveillance... ce dernier point nous emmène directement au suivant pour traiter des questions de dissuasion.

*- Une dissuasion participant à la prévention :*

En effet, les espaces d'accueil et de passage doivent être sous vidéosurveillance. Même lorsque la vidéosurveillance n'est pas prévue à certains endroits, un affichage dès l'entrée de l'hôpital permet d'avoir un effet dissuasif notamment dans la restriction sur certains comportements d'agir en toute discrétion. Au-delà, de la vidéosurveillance il faut mettre en évidence tous les dispositifs de protection active et passive : visibilité des systèmes d'alarme, des équipes de sécurité, mise en place de cellules photoélectriques permettant des commandes à distance (éclairage...). Nous l'avons évoqué plus haut, mais autant l'affichage préventif que celui des rappels à l'ordre prime dans ce dispositif. En effet, un affichage des conséquences aux manquements à la règle doit être privilégié notamment dans les lieux à risques et ce, dans un souci de responsabilisation.

### **I.B.2 DES PERSONNELS DISPOSANT DE SYSTEME DE PROTECTION DE TRAVAILLEUR ISOLE (PTI)**

*- La sécurisation des personnels passe aussi par un système de détection.*

Le personnel dans certains cas se sent isolé. Un des stress des conditions de travail réside dans le sentiment d'insécurité lié notamment à l'isolement.

L'installation d'une fonctionnalité « bouton d'urgence secours » est possible sur les bips voire sur certains téléphones de norme DECT (numérique). En cas d'urgence, le n° du bip ou du téléphone apparaît sur les écrans des autres utilisateurs.

On peut y adjoindre le badge de l'appelant, ce qui permettra au PCAS de localiser le dernier lieu de passage de l'agent.

Ce système pouvant être relié au système de balisage intégré dans l'enceinte de l'établissement peut également signaler à certains bips présélectionnés des anomalies concernant les patients comme des chutes par exemple.

L'équipement d'émetteur-récepteur messagerie doit être généralisé. Afin de protéger plusieurs personnes sur un même site, l'appel est lancé à tout le personnel présent.

Si personne ne peut intervenir, l'appel est directement transmis au PCS, ou à un interlocuteur qui aura été choisi au préalable. L'alerte peut même être connectée à un gyrophare ou une sonnerie.

Ces solutions peuvent s'intégrer aux systèmes de sécurité incendie, effraction...existants. Aujourd'hui, cette solution a été adoptée par de nombreuses entreprises. (Travail de nuit, poste à risque, astreinte...).

## **II. LA SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS DOIT REPOSER SUR DES ASPECTS ORGANISATIONNELS QUI TROUVENT LEUR FONDEMENT DANS UNE GESTION DE RISQUES A PART ENTIERE**

Comme l'a rappelée la Circulaire DHOS/P 1 n° 2005-327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence : « *Une bonne connaissance des faits qui se produisent est indispensable pour pouvoir adapter en permanence la politique de lutte contre la violence.* ». Pour y parvenir, les EPS doivent se doter d'outils permettant d'en faire un recensement et un suivi en vue d'une évaluation régulière.

### **II.A CETTE GESTION DE RISQUES DOIT S'APPUYER SUR L' ELABORATION DE TABLEAUX DE BORD PRENANT EN COMPTE L' ENSEMBLE DE L' ACTIVITE MALVEILLANCE**

La lisibilité et la traçabilité apparaissent être des fondements à la mise en place d'une gestion laquelle s'appuierait sur des indicateurs pertinents.

#### **II.A.1 DES INDICATEURS DE SUIVI ELABORES SUR LES FAITS ANTERIEURS DE MALVEILLANCE**

L'activité malveillance recensée et retraitée permettra l'élaboration d'indicateurs de suivi. Ainsi, les trois indicateurs qui se dégagent naturellement de cette activité et qui sont généralement repris par l'ensemble des hôpitaux (AP-HP, AP-HL, AP-HM, CHU Bordeaux...) qui se sont engagés dans la voie du traitement de cette activité (...malheureusement non informatisée pour l'ensemble de ces sites) sont : la violence physique, les vols et les atteintes aux biens.

Nous constatons au regard de ce qui a pu être analysé dans les parties précédentes qu'il manque la violence verbale incluant les incivilités. Nous verrons par la suite qu'un outil spécifique devrait pouvoir les inclure. Mais ces quatre indicateurs bruts seuls ne suffiront pas dans notre gestion de risques.

C'est pourquoi il importe de disposer d'un outil assez large et assez fin pour en disposer d'autres.

A cet égard, nous envisageons des indicateurs liés aux caractéristiques mêmes des faits recensés (par heure, par montant ou type de préjudice, par auteurs ou victimes, par conséquences etc...) et au bilan interventionnel des agents. En effet, ce dernier point nous induit à réfléchir aux différents types d'indicateurs pouvant être mis en place pour ce service.

## **II.A.2 DES INDICATEURS DE SUIVI QUI RETRACERONT L' ACTIVITE DU SERVICE EN CHARGE DE CES QUESTIONS**

Ainsi, combien d'hôpitaux sont-ils en mesure de mesurer l'activité de leurs services de sécurité ? Ce n'est pas tant la réponse qui est importante mais bien les raisons de cette réponse. Il ne s'agit que d'une continuité au constat établi précédemment c'est-à-dire que sans la volonté de mettre en place une gestion risques à part entière, il n'y avait non plus pas de raisons d'en connaître l'activité tant en amont qu'en aval. Ainsi, cela n'a choqué personne d'avoir pendant des années des services sur lesquels aucun bilan d'activité n'avait été réalisé. A cet effet, en s'inscrivant dans cette démarche, il sera possible de connaître le nombre d'interventions par typologie d'actes de malveillance mais aussi par origine de l'intervention : appel d'un service de soins, de l'administration, d'un patient, d'un visiteur, d'un tiers ... Les suites données à cette intervention pourront également faire l'objet d'un retraitement : intervention par téléphone (conseils...), déplacements sur place, premières mesures effectuées etc... enfin, la mise en place d'un rondier électronique devrait conforter ce bilan en l'enrichissant par le nombre d'interventions par rondes (inopinées, constat...).

Tous ces indicateurs ne pourront être viables qu'en disposant d'un vrai outil adapté à cette activité malveillance laquelle, nous le rappellerons jamais assez, est d'autant plus complexe qu'elle est souvent imprévisible.

## **II.B UN OUTIL INFORMATIQUE SPECIFIQUE A CE SUIVI A ETE ELABORE EN COLLABORATION AVEC LA CELLULE INFORMATIQUE**

### **II.B.1 LA REPONSE APPORTEE PAR OSIRIS QUI PERMET UN SYSTEME DECLARATIF GLOBALISE DES RISQUES A L'HOPITAL NE PEUT SE SUBSTITUER A UN OUTIL DE RECENSEMENT ET DE TRAITEMENT SPECIFIQUE DE L' ACTVITE MALVEILLANCE.**

L'AP-HP a choisi de développer une application informatique « *OSIRIS : Organisation du Système d'Information des Risques* »<sup>61</sup> pour faciliter le signalement des événements indésirables liés aux activités médicales et de soins, à la vie hospitalière, aux relations avec les patients par les services. Les interfaces avec les vigilances réglementaires et les autres domaines de risques seront construits au fur et à mesure de leur informatisation. A ce jour, seule l'infectiovigilance est informatisée. OSIRIS est un système dynamique de signalement des événements indésirables construit avec les hôpitaux de l'AP-HP à partir de l'expérience développée à l'hôpital Bichat-Claude Bernard. Il est disponible sur l'intranet de chaque hôpital.

Toutefois, la partie consacrée à la malveillance qui se retrouve dans la partie « B- Vie hospitalière et relation avec le patient (description de l'évènement) »<sup>62</sup> n'a prévu qu'une seule rubrique : *Vol ou agression ou dégradation*. Les rubriques internes qu'il faut renseigner s'inscrivent dans la philosophie de ce système de déclarations mais sont loin de ce que l'on pourrait attendre en matière d'outil malveillance.

## **II.B.2 UN CONSTAT QUI A PERMIS L' ELABORATION IN SITU D'UN OUTIL INFORMATIQUE EVOLUTIF LEQUEL POURRA ETRE FACILEMENT UTILISE DANS LES HOPITAUX.**

Le développement de cet outil s'est appuyé sur l'existant : fiches de déclaration incidents, vols ou infraction et recueil statistique, sur les résultats de l'audit mené à Rothschild et enfin sur les remarques d'observateurs diverses : concepteurs informaticiens, enquête des personnels soignants et du service de sécurité, entretiens...

Le logiciel permettra de remplir directement une fiche « malveillance » pouvant reprendre la plupart des actes pouvant s'inscrire dans cette activité. En outre, de cette base déclarative, un retraitement statistique par infraction pourra être établi. Celui-ci montrera une classification par lieux, par victimes, par auteurs, par préjudices, par temps.

Chaque item sera décomposé en plusieurs sous rubriques lesquelles pourront nous renseigner précisément sur les typologies d'infraction. Ainsi à titre d'exemple, les statistiques par lieux nous donnerons des informations précises concernant les infractions commises dans les lieux ouverts au public, aux malades, aux endroits par principe fermés aux deux et enfin dans les lieux hors hôpital (instituts...).

---

<sup>61</sup> AP-HP, OSIRIS. Signaler les événements indésirables pour améliorer la sécurité à l'hôpital. Réseau des COVIRIS. Direction de la politique médicale - Juin 2003-

<sup>62</sup> Une base OSIRIS de démonstration est disponible sur : <http://osiri.ap-hop-paris.fr/fei/feidemo4.nsf> ». Les copies écrans sont annexées page 105.

L'avantage principal de cet outil résidera dans le fait d'avoir enfin une base précise et exploitable à tout moment afin de disposer d'une photographie en temps réel laquelle pourra être faire l'objet d'un zoom particulier. Ainsi, il ne restera plus qu'à la direction responsable de ce secteur de piloter la gestion de risques en orientant les efforts vers telle ou telle direction...

Enfin, si des hôpitaux s'étaient déjà engagés dans la voie du recensement par thème aucun à ma connaissance n'avait tenu compte dans sa base de traitement de toutes les infractions relevant des incivilités ou de la violence verbale, lesquelles faut-il le rappeler composent la plus grande part du champ de la malveillance à l'hôpital.

Enfin, les concepteurs informatiques ont estimé qu'il serait plus pratique sur intranet permettant ainsi une saisie et une consultation à distance et dont l'accès pourra être ou on restreint. En outre, le signalement sur intranet permet d'organiser le partage d'information entre les différents acteurs, de favoriser une plus grande réactivité dans l'analyse et la traçabilité des actions, enfin de faciliter la constitution d'une base de données.

### **III. CETTE POLITIQUE, QUI DEVRA EGALEMENT S'APPUYER SUR UN MANAGEMENT PARTICIPATIF AVEC LE DEVELOPPEMENT NOTAMMENT D' UN PLAN DE COMMUNICATION, A DEJA ETE ESQUISSEE PAR LES PREMIERES MESURES URGENTES PRISES PAR LES AUTORITES DE TUTELLE**

#### **III.A. CETTE PROBLEMATIQUE QUI CONCERNE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE L' HOPITAL NECESSITE PAR CONSEQUENT LA MISE EN PLACE D'UN MANAGEMENT PARTICIPATIF**

Afin de lutter contre les effets négatifs de l'insécurité elle-même (peur, stress,...) et pour veiller à ce que les actions mises en places soient pertinentes, il est nécessaire d'associer l'ensemble de la communauté hospitalière dans le dispositif notamment par des groupes de travail et des réunions.

### **III.A1 LA MISE EN PLACE DE GROUPES DE TRAVAIL AD HOC**

- *Des missions prioritaires de prévention, de concertation et d'action réservées à ces groupes de travail :*

Les groupes auront pour mission d'exploiter les données et tendances mises à leur disposition en les corroborant à leur expérience à l'hôpital. Ils auront à mener une évaluation des besoins dans le cadre de ces atteintes : formation interne et externe, des mesures structurelles (points faibles et points forts de leurs services), des mesures organisationnelles. Ils devront à même de proposer des actions dans ces différentes directions et ce, en tenant compte d'un planning prévisionnel.

- *La composition de ces groupes doit refléter la communauté hospitalière :*

Il importe que ces groupes soient les plus diversifiés afin de compenser les différentes visions que l'on peut avoir dans ce registre : *du trop préventif au trop sécuritaire...*  
A titre d'exemple, un groupe pourrait constituer : un chef ou un adjoint responsable de la malveillance, un ou plusieurs cadres de santé, un administratif, un psychologue, une assistante sociale. Cette composition est bien entendu évolutive eu égard à la politique menée dans l'établissement (globale ou par service), la taille de celui-ci et enfin le niveau des problèmes rencontrés sur le site.

- *Des objectifs concrets seront mis en place par ces groupes :*

En effet, ces groupes développeront à partir des bases de données qui leur seront fournies par la direction responsable de la sécurité, de la direction des ressources humaines (nombre d'arrêts de travail consécutifs à de la violence par exemple ou nombre de formation demandées ou dispensées dans l'EPS), des doléances des agents et des différents partenaires (interne et externe) des objectifs clairs à des échéances régulières trimestriel et ce, pour l'année en cours.

### **III.A2 UN COMPTE RENDU REGULIER DES ACTIONS DE PREVENTION ET DE SENSIBILISATION**

Ainsi, les remontées d'informations, les tendances de l'activité *malveillance*, les actions correctrices, les discussions, les formations devront être diffusées dans le cadre des CHSCT réglementaires.

Toutefois, afin de donner un véritable caractère d'efficacité à ce dispositif, il serait souhaitable d'en faire des comptes-rendus occasionnels lesquels prendraient en compte d'éventuelles doléances.

Dans un premier temps, il importe que les agents soient régulièrement informés de la politique menée. Pour ce faire, l'utilisation de supports comme le journal interne ou l'intranet apparaissent les plus appropriés. En dehors de ces supports à grande diffusion, un service qui se serait vu particulièrement exposé à des phénomènes de malveillance (grâce à une étude statistique fine), pourra faire l'objet d'une sensibilisation qui générerait laquelle rappellerait des consignes, des instructions et ferait des préconisations en action de formation (coping, stress, violence...), mesures structurelles (caméras...).

Cette méthode offre plusieurs avantages. Il s'agit d'intervenir assez tôt pour endiguer des tendances parfois lourdes, faire participer l'ensemble des personnels à la lutte contre ce fléau, responsabiliser les acteurs, donner une dimension managériale à cette gestion sécuritaire, faire baisser le sentiment d'insécurité et enfin, afficher le caractère de responsabilité de l'établissement.

Des interlocuteurs de *choix* pourront être également destinataires de ces informations : bien entendu la DSI et l'ensemble des cadres, mais aussi les chefs de service, la médecine du travail ainsi que tous les partenaires institutionnels concernés par la gestion de *risques-qualité*.

Cette politique de transparence doit elle-même s'accompagner d'une véritable politique managériale qui reposera sur un plan de communication ad hoc.

### **III.B UN PLAN DE COMMUNICATION ADAPTE A CE TYPE DE RISQUES**

Les citoyens de manière générale sont de plus en plus sensibles à la communication les entourant. Les risques doivent faire l'objet d'une attention particulière dans ce domaine car il ne s'agit pas de faire peur mais bien de responsabiliser. Afin de démontrer les possibilités de lutte contre les actes de malveillance, l'EPS pourra adopter une politique de communication *tridimensionnelle* : interne, externe et transversale.

### **III.B.1      UNE COMMUNICATION EN INTERNE EN DIRECTION DES PERSONNELS**

*- Une communication en interne en direction des personnels*

Le rappel effectué par la circulaire DHOS/P1/2000 N°609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence<sup>63</sup> peut s'inscrire dans un plan de communication destiné aux personnels. En effet, le fait de se positionner conformément à l'article 11 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires comme le garant d'éventuelles condamnations civiles et de protéger les agents contre les menaces et violences voire en cas de poursuites pénales renforce la légitimité d'une Direction.

Cette communication veut réaffirmer le principe d'engagement de la personne morale responsable. Elle s'inscrit dans le souci d'une prise en compte responsable et en partenariat de cette préoccupation face à un nouveau phénomène. Toutefois elle tend à rappeler les obligations et les devoirs des fonctionnaires en insistant sur les risques liés à leurs manquements.

Cette communication ponctuelle n'est pas la seule à utiliser en pareilles circonstances. Dans le cas d'un journal interne par exemple, le fait d'y faire mention de l'activité malveillance ne serait pas gênant au même titre que les autres risques dans une logique de maîtrise des processus.

Cette politique de communication ouverte pourrait insister sur les événements marquants en détaillant les mesures pour y faire face.

Ce management par la communication s'inscrit dans les principes défendus par certains sociologues d'un management de responsabilisation par la transparence, accompagné d'actions correctrices. Ces dernières étant la clef de ce système dans le sens où elles dénoteraient le caractère dynamique, professionnel et responsable de ceux qui les mettent en œuvre.

---

<sup>63</sup> Annexée page 135.

### **III.B.2 UNE COMMUNICATION EN EXTERNE EN DIRECTION DES PATIENTS ET DES INTERVENANTS EXTERIEURS**

*- Une communication en externe en direction des patients et des intervenants extérieurs*

La malveillance à l'hôpital lorsqu'elle touche des patients doit aussi faire l'objet d'une politique de communication.

D'abord en amont, en sensibilisant les personnels soignants de la procédure de dépôts de valeurs dans les coffres ad hoc.

Puis dans le cas d'un évènement indésirable, une chaîne de prise en charge coordonnée et performante doit être opérationnelle, laquelle rassemble le personnel soignant, l'assistante sociale, la psychologue et l'agent du PCAS et ce afin d'apporter toutes les réponses déclenchés par cet évènement : marche à suivre, qui prévenir, dialogue, ...

A la sortie, il est également possible d'insérer dans un questionnaire de satisfaction des items en lien avec la malveillance : vous êtes vous senti en sécurité à l'hôpital (dans le service et dans les parties extérieures) ?...

Enfin, si l'hôpital doit être amené à communiquer avec des partenaires extérieurs tels que des élus ou autres, développer cet axe sera généralement bien perçu car cela démontrera la capacité pour l'hôpital de traiter des problématiques dépassant le champ du soin.

### **III.B.3 UNE COMMUNICATION EFFICIENTE ENTRE SERVICES**

*- Une communication efficiente entre services*

Les trois axes de développement qui suivent sont sciemment comparés à des organes techniques d'un véhicule car il s'agit d'une part de faire mention de la technicité de ce dossier et de surcroît d'en rappeler les interconnexions indispensables pour faire avancer cette problématique.

Entre le service de sécurité et la direction : moteur

En effet, aujourd'hui la communication se résume à faire remonter les évènements graves et faire part d'une activité atone une fois tous les trois mois lors de la commission de sécurité.

En instaurant une liaison informatique, la direction peut disposer des informations lorsqu'elle le souhaite et demander des explications au responsable à tout moment.

Ce dernier peut également faire parvenir des mini bilans par semaine qui seraient intitulés **situation hebdomadaire de la malveillance** afin de réagir au plus vite à des situations qui viendraient à se reproduire.

Dans le cas d'une procédure dite d'urgence laquelle serait bien entendu *protocollée*<sup>64</sup>, la direction et le responsable de sécurité serait avertie simultanément afin de prendre toutes les mesures adéquates à ce type de situations urgentes.

#### Entre le service de sécurité et tous les autres services : lubrifiant

Le service de sécurité pourrait former des correspondants chargés de la malveillance dans les services lesquels serait chargés d'effectuer des rappels de consignes de sécurité (liés à des problèmes recensés : tendance au non respect de la vitesse ou du stationnement, vols dans certaines zones...).

Le responsable pourrait également organiser des sessions de formation sur une journée à l'instar **d'une journée violence ou sécurité et/ou le sentiment d'insécurité** en invitant des spécialistes de la question (policiers, magistrats, psychologues, chercheurs...).

Ce même responsable serait à l'origine de réunions ad hoc avec les cadres de service pour expliquer les tendances, la politique de l'établissement, la formation etc.

#### Entre la direction et le siège : transmission

Les remontées d'information vers le siège devraient à aboutir à un échange d'informations autant utiles à la sûreté générale qu'à l'hôpital.

Aujourd'hui, force est de constater que ce n'est pas le cas.

Pour y remédier, il est nécessaire que le responsable de la malveillance puisse relancer le processus d'échanges en interpellant ce département sur les points suivants :

- invitation et participation aux réunions organisées par le siège
- intégrer le calendrier des formations anti-malveillance
- demande de retour des statistiques concernant l'établissement
- demande des statistiques des autres établissements et celles générales afin d'établir des comparaisons en terme d'activité. Celles-ci revêtent un caractère important pour d'une part relativiser son activité et d'autre part pour mesurer les effets à terme des efforts entrepris dans ce domaine par rothschild.
- bénéficier des informations concernant les tendances des technologies utilisées

Cette prise en compte qui n'aurait jamais dû être suspendue participe à l'amélioration de la prise en charge du phénomène de malveillance.

---

<sup>64</sup> Cf. schéma « Un circuit unique de la malveillance » page 47.

A terme, il serait judicieux de proposer au siège de l'AP-HP un plan général de lutte contre la malveillance dans les hôpitaux. Celui-ci pourrait notamment s'appuyer sur les points suivants :

- proposer un plan de sécurisation technologique à tous les hôpitaux reposant sur une même logique décrite précédemment
- relier tous les dispositifs de vidéosurveillance des hôpitaux de l'AP-HP à un PC à l'instar de la Préfecture de Police
- ce PC agirait en double sécurité lors d'un signalement d'un évènement indésirable et pourrait démontrer sa capacité d'interventions en cas de crise (utilisation d'hôpitaux dans le cas de plans biotox...)
- proposer une informatisation à l'instar de Rothschild réduisant le délai de traitement de l'information laquelle s'inscrirait complètement dans la circulaire du 11 juillet 2005 relative à la déclaration des actes violents dans un délai de douze heures.

### **III.C LES MESURES RECENTES PRISES PAR LES AUTORITES DE TUTELLE VIENNENT S'INSCRIRE DANS CETTE NECESSITE D'ACTION**

#### **III.C.1 UNE SECURITE DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS QUI INTERPELLE LE MINISTERE DE L' INTERIEUR, DE LA SECURITE INTERIEURE ET DES LIBERTES LOCALES**

Suite aux évènements qui se sont déroulés à la fin de l'année 2004<sup>65</sup> dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique de Pau, le Ministre de l'intérieur a enjoint aux Préfets de s'assurer des dispositifs de sécurité existant entre les établissements hospitaliers et les services de Police et de gendarmerie. La Préfecture de Police de Paris a pris l'initiative de conduire une réunion de travail avec l'ensemble des représentants des secteurs hospitaliers dont l'AP-HP, l'ARH, la mairie de Paris, la DDASS.... Un communiqué de Presse<sup>66</sup> émanant de la Préfecture de Police de Paris en date du 23 décembre 2004 a fait état des mesures prises suite à cette réunion de concertation :

- Le renforcement et institutionnalisation des contacts avec les commissariats centraux
- La création d'une ligne spéciale au « 17-police secours » avec un n° spécialement dédié aux hôpitaux parisiens

---

<sup>65</sup> PRIEUR Cécile, La pénurie de personnel au cœur de l'insécurité en psychiatrie, Le Monde, 13 mai 2005. APM Santé, Evasion d'un meurtrier présumé du CH des Pyrénées de Pau, 02 août 2005.

<sup>66</sup> Préfecture de Police, Op. cit., page 42.

- La mise en œuvre d'audits de sécurité et une vigilance accrue (patrouilles)
- Un nouveau partenariat pour les examens légaux des personnes gardées à vue (à l'intérieur des commissariats)

Parallèlement la mise en place, à la demande du ministre de la santé et des solidarités, d'un groupe de travail interministériel a débouché sur la création d'un observatoire national de la violence en milieu hospitalier. Cet observatoire a pour mission de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés. Si ces mesures apparaissent rassurantes notamment dans la phase de renforcement du partenariat avec les services de police, force est de constater que face à l'ensemble de ces risques, elles contraignent néanmoins les hôpitaux à l'instar de AP-HP à se saisir également de cette problématique par le développement de politiques ad hoc.

### **III.C.2 LE PLAN STRATEGIQUE DE L'AP-HP 2005-2009 IMPOSE UNE POLITIQUE AD HOC EN MATIERE DE SECURITE DES PERSONNES ET DES BIENS**

Le plan stratégique 2005-2009 de l'AP-HP annonce clairement ses ambitions en la matière en développant à deux reprises les axes d'actions sur la sécurité des personnes et des biens. En effet, dans la partie consacrée au projet social et professionnel<sup>67</sup>, l'objectif 9 « Agir pour la sécurité des personnes et des biens » développe des actions dites principales car liées à la lutte contre la malveillance et complémentaires par des actions de *prévention-formation*.

Il est question d'une gestion globale et réactive des événements indésirables (Osiris) dans le cadre d'un schéma directeur de sécurité par site lequel englobera la malveillance, les risques d'origines techniques et environnementales. Parallèlement, des formations à l'accueil visant à mieux prendre en charge l'agressivité. Les services de psychiatrie ainsi que l'accueil des détenus devraient faire l'objet d'une attention particulière. Enfin, tous les projets de construction ou de rénovation devront prendre en compte les contraintes de sécurité en relation avec le CHSCT.

---

<sup>67</sup> Plan stratégique 2005-2009 AP-HP, 2<sup>ème</sup> partie : Projet social et professionnel, Objectif 9 page 109, Juillet 2005.

En outre, il est fait mention dans la partie consacrée à la « qualité, sécurité, efficacité » (§2.7) dudit plan<sup>68</sup> : « *Un plan d'action de renforcement de la sécurité des personnes et des biens sera défini et mis en œuvre, qui comportera en particulier des schémas directeurs de sécurité visant à : maîtriser les flux de personnes et des véhicules dans les sites ; assurer un gardiennage actif ; développer l'esprit de sécurité ; organiser la coopération avec les services de police ; sécuriser la prise en charge des détenus ; assister et accompagner les victimes d'agression.* » Concernant les schémas directeurs de sécurité, une note interne récente en date du 23 juin dernier demande aux établissements de veiller à sa réalisation, ce qui illustre la volonté pour l'AP-HP de lutter rapidement contre ce phénomène. Pour atteindre cet objectif, un modus operandi annexé à cette note reprend les objectifs et les moyens à mettre en œuvre.

Ces mesures qui ne font que renforcer la dimension problématique de ce phénomène s'inscrivent dans un cadre plus large, cette fois-ci relayée à la dimension nationale.

### **III.C.3 FACE AUX EVENEMENTS RECENTS, LE MINISTERE DE TUTELLE A ANNONCE UN ENSEMBLE DE MESURES POUVANT SERVIR DE SOCLE À LA MISE EN PLACE D'UNE GESTION DE RISQUES A PART ENTIERE DANS CE DOMAINE.**

*- Une remontée des informations rapide et obligatoire :*

La Circulaire DHOS/P 1 n° 2005-327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique prévoit que : « *pour chaque fait grave qui viendrait à se produire, de transmettre aussitôt par messagerie électronique au chargé de mission qui aura été désigné à cette fin par chaque directeur d'agence régionale de l'hospitalisation, la fiche signalétique jointe en annexe. Ces éléments pourront bien entendu être complétés par toute information jugée utile par le chef d'établissement. Ces mêmes informations devront être transmises par l'agence régionale de l'hospitalisation à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins **au plus tard dans les douze heures** suivant le moment où se seront produits les faits, en mentionnant au passage l'intervention que l'ARH envisage éventuellement de conduire en appui à l'établissement. Ces fiches sont à faire parvenir à l'adresse suivante : [observatoire.violence@sante.gouv.fr](mailto:observatoire.violence@sante.gouv.fr).* »

---

<sup>68</sup> Plan stratégique 2005-2009 AP-HP, 1<sup>ère</sup> partie : Programmes d'actions prioritaires du projet médical, Chapitre 2 page 37, Juillet 2005.

- *Un plan général de sécurisation en direction des établissements :*

En effet dans la déclaration du Ministre de la Santé et des Solidarités<sup>69</sup> sur la sécurisation des établissements de santé il est précisé :

- la continuité de l'action engagée par le plan de Santé mentale dans lequel des actions spécifiques de sécurisation sont prévues
- l'instruction pour les ARH dont dépendent les établissements psychiatriques, de répartir les crédits de 17,2 millions d'euros déjà alloués dans le cadre du plan de santé mentale afin de renforcer les effectifs soignants et de procéder au recrutement de personnels de sécurité. Le souhait d'avoir également un **correspondant sécurité** et de voir la finalisation des systèmes de sécurisation (bips...) a été rappelé.
- Le programme des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) qui s'adresse aux détenus ayant des pathologies psychiatriques hospitalisés à l'hôpital est revu à la hausse. Ainsi, 450 lits devrait être prévus au lieu de 300 initialement afin d'atteindre 700 places en 2010.
- Un rappel des mesures du plan de santé mentale dans lesquelles est précisé **un observatoire de la violence hospitalière : centralisation des** signalements (événements, incidents), évaluation des politiques régionales de sécurisation, mobilisation permanente d'une équipe opérationnelle en cas de violences.
- Affectation d'un commissaire de police à la DHOS dès septembre 2005.
- Le développement des actions de sensibilisation, d'information et de formation des personnels à la violence et à la prévention.
- Enfin, une suite rapide doit être donnée concernant les investissements et les diagnostics de sécurité réalisés en début d'année 2005 dans les EPS.

Cette longue série d'annonces non exhaustives participe pleinement à l'objet de cette étude laquelle s'est bornée à justifier que les moyens mis à disposition devaient être proportionnels aux objectifs à atteindre au regard des deux dimensions qui la composent. L'une horizontale qui doit associer l'ensemble des acteurs de l'hôpital car il s'agit d'une problématique qui ne possède pas de frontières ou de limites et l'autre bien entendue horizontale où elle doit être l'objet d'une science en l'occurrence centralisée permettant d'en décliner des tendances et des actions.

---

<sup>69</sup> Ministre de la Santé et des Solidarités, Op. cit., p. 4



## CONCLUSION

La sécurité des personnes et des biens à hôpital apparaît bien comme une problématique nécessitant de passer d'une *phase de transition à une phase de maturité*. En effet, si les faits divers apparaissent être la face visible des risques liés à la malveillance, toutefois de nombreux risques lancinants et plus insidieux viennent nuire à la sécurité en générale et à la qualité des soins. Les mesures récentes et encourageantes pour s'y inscrire ne prennent pas en compte les moyens internes pouvant être mis en place par les structures hospitalières elles-mêmes. Ces moyens techniques, humains et organisationnels, correspondant à un effort financier qui n'est pas aussi considérable que cela, n'apparaissent problématiques que dans la volonté de les mettre en place. En effet, il serait parfois difficile pour certains de s'engager dans cette voie laquelle pourrait contrevenir à l'image de l'hôpital en tant que lieu ouvert. Nous avons tenté d'argumenter sur le fait qu'une prise en compte de la sécurité n'était pas incompatible avec cette philosophie propre à l'Hôpital. Ainsi, il ne s'agit pas à contrario de *bunkériser* mais bien de prévenir à une éventuelle *bunkérisation* à terme de certains sites. En effet, prendre ce problème à cœur revient à appliquer une politique de Prévention, d'Action et de Réaction (PAR). A l'image d'un pare-feu ce *PAR-malveillance* ne veut pas se donner l'ambition de mettre un terme à tous ces problèmes d'insécurité. Il pourra appréhender le phénomène de façon plus sereine notamment en le connaissant mieux. Il pourra lutter efficacement contre une bonne partie d'entre eux par la mise en place notamment d'actions techniques (vidéo, PTI, formations, etc.). Enfin, il pourra constamment s'améliorer par le développement d'une évaluation globale organisée à échéance régulière. Si nous pouvons encore repousser l'évidence sine die pour des motifs qui ne tiennent compte que de la sensibilité, force est d'admettre que la réalité sociétale et hospitalière d'aujourd'hui nous impose de la revoir profondément au profit de l'efficacité. Pour l'atteindre, les dirigeants hospitaliers devront être à l'origine d'une gestion de risques à part entière. Celle-ci en tant que préalable d'un socle devrait mettre fin à la position de victime conférée à l'hôpital le rendant sans défense face à la malveillance. Au-delà, les pourfendeurs de l'idée que cette défense doit exclusivement reposer sur les forces de l'ordre trouveront dans cette gestion de risques tous les ingrédients leur permettant de mettre en place une coopération réelle, efficace et dynamique dans le suivi. En effet, il ne s'agira plus que d'une seule réponse rythmée aux seuls aléas de l'actualité. Enfin, le caractère d'urgence souligné notamment par les récentes mesures prises par les autorités de tutelle implique que l'ensemble des acteurs de la sphère hospitalière s'en saisisse. Ainsi, il s'agit bien de responsabiliser les professionnels de santé à cette question pour répondre aux vraies attentes liées à la sécurité générale influençant la qualité de l'offre de soins

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

CALLOCH Pierre, La responsabilité des établissements sanitaires et sociaux (pénale, administrative et civile), Dominantes, Coll. TSA. Janvier 2000, 249 p.

PLASSAIS P., Dossier documentaire : la sécurité ds biens et des personnes à l'hôpital, cadre réglementaire, ENSP, 1992, 623 p.

LE DOUSSAL Roger, LAURES-COLONNA Paul, La sécurité à l'hôpital, Editions ESF, Coll. Gérer la Santé, Paris,1992, 168 p.

ANHOURY Pierre, VIENS Gérard, Gérer la qualité et les risques à l'Hôpital, Edition ESF, Coll. Gérer la Santé, Paris, octobre 1994, 422 p.

MUCCHIELLI Laurent, Violences et insécurité, fantasmes et réalités dans le débat français, La Découverte, Octobre 2002

MOZER Gabriel, L'agression, PUF, Collection « Que sais-je ? », 1987.

WIEVORKA Michel, Violence en France, Seuil, coll. "L'épreuve des faits", 1999

Guide de la protection sociale des personnels médicaux et hospitaliers. Editions WEKA, Paris, Septembre 2001.

BONARDI Christine etc. Psychologie sociale appliquée : environnement, santé, qualité de vie Paris : In Press Editions, 2002

CONSEIL DE L'EUROPE, La prévention de la criminalité urbaine : un guide pour les pouvoirs locaux, Strasbourg : Editions du Conseil de l'Europe, 2002

BLANCHET Alain, GOTMAN Anne, L'enquête et ses méthodes : l'entretien, Nathan, Coll.Sociologie, mars 1994, 125 p.

LE BRETON David, La sociologie du risque, PUF, Coll. Que sais-je ?, Septembre 1995, 123 p.

## RAPPORTS

Ministère de l'intérieur. Aspects de la criminalité et de la délinquance constatées en France en 2004 (par les services de police et les unités de gendarmerie). Rapport 2005, Bibliothèque des Rapports Publics.

IHESI, Les français et la sécurité : 3 sondages réalisés en 1996 sur l'insécurité et ses remèdes, Gremy Jean-Paul, Ed.IHESI, Octobre 1997

Conseil d'Etat, Responsabilité et socialisation du risque, Rapport Public 2005. Bibliothèque des Rapports Publics.

Haut Comité de la Santé Publique, La santé en France, Rapport 2005. Bibliothèque des Rapports Publics.

Haut Comité de la Santé Publique, Violences et Santé, Rapport Mai 2004, Bibliothèque des Rapports Publics.

IGAS, Les violences subies par les professionnels de santé, présenté par Georges Costargent et Michel Vernerey, Rapport n° 2001-110, Octobre 2001, Bibliothèque des rapports publics.

Travail et Agressions. Etat des lieux et Prévention des risques, INRS, Janvier 2003.

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail. Dix ans de conditions de travail, Bruxelles 2001.

Délégation Interministérielle de la Ville, L'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé dans les quartiers de la politique de la ville. Rapport de la mission du Dr Jacques Lebas, août 2002. Bibliothèque des Rapports Publics.

Ministère de l'emploi, Enquête conditions de travail, Dares 1998.

BIT, La violence au travail, 1998

ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, ANAES, janvier 2003

## **ARTICLES**

MENDRAS Henri, Délinquance et Rébellion en France et en Europe, Revue de l'OFCE, P.224, Janvier 2003.

HOUDART Philippe, MALYE François et VINCENT Jérôme, Hôpitaux : le palmarès 2005, Le Point 25/08/05 - N°1719 - Page 39

ZILLHARDT Patrick (psychiatre), Sciences et avenir, n° 613, Mars 1998

MONTESINOS André, Agressivité et conflit au bloc opératoire, Gestion Hospitalière, n°352, Janvier 1996.

BANGA Bernard, L'insécurité à l'hôpital : l'alerte, JIM Hebdo n°343.

BANGA Bernard, L'insécurité dans les hôpitaux, Infirmière magazine, n°91, février 1995.

LANGLOIS Géraldine, Développement des actes de violence, Responsabilité hospitalière, HOSPIMEDIA, 20 mai 2002.

Anciens gendarmes et policiers aux hôpitaux de Paris, Sécurité n°371, 1<sup>er</sup> juillet 2005.

THIERRY Michel, Violence et sécurité à l'AP-HM, Entreprise Santé, n°58 Juillet-août 2005.

La gazette SANTE-SOCIAL, Actualité en bref, N°11-septembre 2005.

COIGNARD Jacqueline, L'insécurité, effet secondaire des hôpitaux parisiens (interview de Jacques ORSI, chargé de la sécurité à la Pitié Salpêtrière), Libération, 15 août 2005.

SHAM, La gestion des risques, clé de l'assurabilité des établissements de santé, Revue Hospitalière de France, janvier-février 1998

HAMON Alain, ORSI Jacques, Pour une sécurité hospitalière avant d'être sécuritaire, Revue Hospitalière de France, n°489, Novembre – Décembre 2002.

MARCHAND G., Aux sources du sentiment d'insécurité, Sciences Humaines 2003 n° spécial

CLERC Pierre, ORSI Jacques, La sécurité dans les établissements de santé : l'expérience de l'ap-hp, JuriSanté, Juillet 1998 n°22.

CLERC Pierre, LAURES COLONNA Paul, MAZET Gilbert, FLEURY Robert, ORSI Jacques, La sécurité à l'hôpital, la sécurité anti-malveillance, Revue Hospitalière de France, XII Assises nationales de l'hospitalisation, 1998.

SAMSON Yves, RONY Girard, L'hôpital face aux problèmes de sécurité. Quel rôle peut jouer le directeur pour assurer la sécurité des personnes et des biens, Entreprise santé, n°31,2001.

ROCHE Sebastian, BUI-TRONG Lucienne, AUBUSSON DE CAVARLY Bruno, Les incivilités, Problèmes politiques et sociaux, n°836, 2000

PHILIPPE Jean, La sécurité dans les établissements de santé : La police administrative dans les établissements hospitaliers, JuriSanté, Juillet 1998 n°22.

VALLAR Christian, La sécurité dans les établissements de santé : Les responsabilités juridiques de l'hôpital face à l'insécurité, JuriSanté, Juillet 1998 n°22.

LE DOUSSAL Roger, Les technologies de sécurité : l'hôpital anti-malveillance et technologie, les cahiers de sécurité intérieure, IHESI, 3<sup>ème</sup> trimestre 1995 n°21.

LE DOUSSAL Roger, La lutte contre la malveillance, Revue Hospitalière de France, 1997.

MILLOT Emmanuelle, Comment l'hôpital peut-il concilier les impératifs de l'assurance-sécurité et l'ouverture ?, Décision Santé décembre 1995 n°88.

PRIEUR Cécile, La pénurie de personnel au cœur de l'insécurité en psychiatrie, Le Monde, 13 mai 2005.

APM Santé, Evasion d'un meurtrier présumé du CH des Pyrénées de Pau, 02 août 2005.

OIT, Les services de santé : lieux de tous les dangers ?, Travail, n°41, décembre 2001

OIT, Lancement d'une nouvelle initiative contre la violence dans le secteur de la santé, BIT/01/49, 24 octobre 2002.

BAZIN Jacques, Bilan 2004 de jurisprudence (FPT) – les 100 principales décisions, La gazette des communes, cahier détaché n°2-32/1802, 29 août 2005.

### **MEMOIRES**

DESMET Brigitte, La cité dans l'hôpital : pour une approche pratique du phénomène de l'insécurité en milieu hospitalier. Mémoire ENSP d'Infirmier Général 1998

BAILLE Nadiège, La gestion des risques à l'hôpital, l'élaboration d'un plan de sécurité anti-malveillance à l'hôpital de l'hôtel Dieu (Hospices civils de Lyon), Mémoire ENSP 1995

LOCQUET Alexandra, Le directeur d'hôpital, les risques et la gestion des risques, Mémoire ENSP 2003

CABANEL Anne, La politique de l'hôpital Toulouse Purpan en matière de sécurité des personnes et des biens : les agents internes de sécurité, IEP Paris, 1996, 47 p.

### **LIENS INTERNET**

<http://coviris.ap-hp.fr>

<http://osiri.ap-hop-paris.fr/fei/feidemo4.nsf>

<http://hospimedia.fr>

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/>

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics>

<http://www.ilo.org/public/french/bureau/>

### **CONGRES**

34<sup>ème</sup> Congrès de la Fédération Internationale des Hôpitaux (FIH), Les défis de l'hôpital, risques, qualité, compétences et recherche, Nice 20 au 22 septembre 2005.

Centre Universitaire de Charleroi – CUNIC, Gestion des risques hospitaliers, Gilly (Belgique) 26 et 27 octobre 2005. (La sécurité face à la délinquance).

12<sup>ème</sup> Salon APS, spécialisé de la sécurité électronique et physique, sécurité industrielle, vol, incendie. Lutte contre la malveillance et le feu. 27,28 et 29 septembre 2005, Hall 8 Paris Expo – Porte de Versailles.

---

# Liste des annexes

---

## 1) Tableaux

- répartition par catégorie de lieux des faits de vols de 2004 à mars 2005 **page 94**
- répartition par catégorie de temps de vols de 2004 à mars 2005 **page 95**
- répartition par catégorie de préjudice de vols de 2004 à mars 2005 **page 95**
- répartition par catégorie de nature de la cible de vols de 2004 à mars 2005 **page 96**
- répartition par catégorie de lieux des faits des atteintes aux biens de 2004 à mars 2005 **page 97**
- répartition par catégorie de lieux des faits des atteintes aux biens de 2004 à mars 2005 **page 97**
- répartition par catégorie de temps des atteintes aux biens de 2004 à mars 2005 **page 98**
- répartition par catégorie de préjudice des atteintes aux biens de 2004 à mars 2005 **page 98**
- répartition par catégorie de nature de la cible des atteintes aux biens de 2004 à mars 2005 **page 99**

## 2) Questionnaires

- personnel soignant **page 100**
- agents de sécurité **page 102**

## 3) Grille d'entretiens

**page 104**

## 4) Outils informatiques :

- copies écran OSIRIS **page 105**
- copies écran *vigimalveillance* (outil Rth) **page 108**

## 4) Fiches de formation

- Prévention de la violence au travail **page 128**
- Agent de sécurité anti-malveillance **page 129**
- Chef adjoint de sécurité anti-malveillance **page 130**
- Chef de sécurité anti-malveillance **page 131**
- Chef et chef adjoint de sécurité anti-malveillance **page 132**

## 5) Plans :

- plan de masse Hôpital Rothschild existant avec emplacement du futur hôpital **page 133**
- plan de masse du futur hôpital- vue aérienne **page 134**

## 6) Textes :

- Circulaire DHOS/P1/2000 N°609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence **page 135**
- Circulaire DHOS/P1/2000 N°609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence **page 140**
- Communiqué de presse de la Préfecture de Police **page 142**
- Extraits du règlement intérieur de l'AP-HP **page 146**

## 1) Tableaux

- répartition par catégorie de lieux des faits de vols de 2004 à mars 2005

Mois 2004-2005	Janv	Fev	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Aou	Sep	Oct	Nov	Déc	Jan 2005	Fev 2005	Mar 2005	TOTAL	
Typologie des lieux																	
1 Loges ou barrière...				1	1			1									3
2 Parking, cour, jardin,...					1	2											3
3 Service d'accueil, hall, caisse...																	
4 Services d'urgence ou services-porte									1				3				4
5 Autres services de consultations ou de soins				3				2	3	1	1	2					12
6 Chambre des malades	1	1			2	5	1	2								1	13
7 Locaux administratifs, techniques ou médicaux			1			1		2					1	1	2		8
8 Vestiaires	1	1	3				1			1							7
9 Circulations	1	1								1							3
10 Université, INSERM, Institut, Association...																	0

- répartition par catégorie de temps de vols de 2004 à mars 2005

Mois 2004-2005	Janv	Fev	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Aou	Sep	Oct	Nov	Déc	Jan 2005	Fev 2005	Mar 2005	TOTAL
<b>Périodes de temps</b>																
1 Entre 7 et 13 heures	1	1		1	1			1		1						<b>6</b>
2 Entre 13 et 20 heures	1	1	3	2	3	6	2	4					2		1	<b>25</b>
3 Nuit				1		2						2		1	2	<b>8</b>
4 Week-ends et jours fériés									4		1					<b>5</b>
5 Heure ou jour inconnus			1										1			<b>2</b>

- répartition par catégorie de préjudice de vols de 2004 à mars 2005

Mois 2004-2005	Janv	Fev	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Aou	Sep	Oct	Nov	Déc	Jan 2005	Fev 2005	Mar 2005	TOTAL
<b>Nomenclature des préjudices</b>																
> 1500 euros 1							1		4	1						<b>6</b>
Entre 1500 et 150 euros 2	3			2			1	1								<b>7</b>
<150 euros 3		3	4	2	4	8		4		1	1	2	3	1	3	<b>36</b>
Autres que matériel ou inconnus 4																<b>0</b>

- répartition par catégorie de nature de la cible de vols de 2004 à mars 2005

Mois 2004-2005	Janv	Fev	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Aou	Sep	Oct	Nov	Déc	Jan 2005	Fev 2005	Mar 2005	TOTAL	
Nature de la cible																	
Immobilier et/ou à l'intégrité physique de la personne 5								1									1
Matériel médical 6									4	1		1		1			7
Matériel informatique ou de communication 7	2	2				1					1						6
Argent liquide 8	1	1	4		1	5	1	1		1			3		1		19
Produits toxiques 9								1									1
Autres matériels ( ou produits non toxiques) 10			1		2	1	1	2				1					8

- répartition par catégorie de lieux des faits des atteintes aux biens de 2004 à mars 2005

Mois 2004-2005	Janv	Fev	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Aou	Sep	Oct	Nov	Déc	Jan 2005	Fev 2005	Mar 2005	TOTAL
Typologie des lieux																
1 Loges ou barrière...																0
2 Parking, cour, jardin,...				1		1										2
3 Service d'accueil, hall, caisse...																0
4 Services d'urgence ou services-porte																0
5 Autres services de consultations ou de soins																0
6 Chambre des malades																0
7 Locaux administratifs, techniques ou médicaux																0
8 Vestiaires																0
9 Circulations								1								1
10 Université, INSERM, Institut, Association...																0

- répartition par catégorie de temps des atteintes aux biens de 2004 à mars 2005

Mois 2004-2005	Janv	Fev	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Aou	Sep	Oct	Nov	Déc	Jan 2005	Fev 2005	Mar 2005	TOTAL
Périodes de temps																
1 Entre 7 et 13 heures																0
2 Entre 13 et 20 heures				1												1
3 Nuit								1								1
4 Week-ends et jours fériés						1										1
5 Heure ou jour inconnus																0

- répartition par catégorie de préjudice des atteintes aux biens de 2004 à mars 2005

Mois 2004-2005	Janv	Fev	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Aou	Sep	Oct	Nov	Déc	Jan 2005	Fev 2005	Mar 2005	TOTAL
Nomenclature des préjudices																
> 1500 euros 1																0
Entre 1500 et 150 euros 2				1												1
<150 euros 3						1		1								2
Autres que matériel ou inconnus 4																0

- répartition par catégorie de nature de la cible des atteintes aux biens de 2004 à mars 2005

Mois 2004-2005	Janv	Fev	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Aou	Sep	Oct	Nov	Déc	Jan 2005	Fev 2005	Mar 2005	TOTAL
Nature de la cible																
Immobilier et/ou à l'intégrité physique de la personne 5																0
Matériel médical 6																0
Matériel informatique ou de communication 7																0
Argent liquide 8				1		1										2
Produits toxiques 9																0
Autres matériels ( ou produits non toxiques) 10								1								1

## 2) Questionnaires

**GRADE :**

**SERVICE :**

**EQUIPE :**

### **Questionnaire destiné au personnel**

#### **Dans l'exercice de vos fonctions :**

Avez-vous été confronté(e) à la violence physique ?	OUI	NON
---	-----	-----

- Si oui, selon quelle fréquence ?
- Dans quelles circonstances ?

Connaissez-vous à l'Hôpital Rothschild des victimes d'agressions physiques ?	OUI	NON
--	-----	-----

Avez-vous été confronté(e) à la violence verbale ?	OUI	NON
--	-----	-----

- Si oui, selon quelle fréquence ?
- Dans quelles circonstances ?

Avez-vous été victime de vol ?	OUI	NON
--------------------------------	-----	-----

- Dans quelles circonstances ?
- Quels objets ont été dérobés ?

- Avez-vous fait une déclaration ou porté plainte ?
  
- Connaissez-vous des victimes de vols ?

Avez-vous connaissance de vols ayant été commis dans votre service ?	OUI	NON
--	-----	-----

- si oui, lesquels ?

**A l'hôpital Rothschild en général :**

- Pouvez-vous me citer d'autres manifestations de la malveillance à l'hôpital ?
  
  - A votre avis, quels sont les trois types d'actes de malveillance les plus répandus à l'hôpital Rothschild ? (à hiérarchiser)
- 1.
  - 2.
  - 3.

Vous sentez-vous en sécurité dans l'exercice de vos fonctions à l'hôpital ?	OUI	NON
---	-----	-----

- Pour quelles raisons ?

Questionnaire à remettre dans les meilleurs délais à votre cadre de proximité

## QUESTIONNAIRE (service de sécurité)

Comment définiriez-vous vos missions de sécurité ?

### Dans l'exercice de vos fonctions :

Etes-vous souvent confronté à la violence physique ?	OUI	NON
--	-----	-----

Si oui, selon quelle fréquence ?

Dans quelles circonstances ?

Avez-vous éprouvé des difficultés pour y faire face ?	OUI	NON
---	-----	-----

Si oui, de quelle nature ?

Comment (en deux –trois lignes) avez-vous procédé pour y remédier ?

Etes-vous souvent confronté à la violence verbale ?	OUI	NON
---	-----	-----

Si oui, selon quelle fréquence ?

Dans quelles circonstances ?

Avez-vous éprouvé des difficultés pour y faire face ?	OUI	NON
---	-----	-----

Si oui, de quelle nature ?

Comment (en deux –trois lignes) avez-vous procédé pour y remédier ?

Vous sentez-vous bien formé à ces deux types de situations ?	OUI	NON
--	-----	-----

- Quels sont les problèmes que vous rencontrez dans l'exercice de vos fonctions ?

Quelles seraient pour vous les améliorations à apporter pour lutter contre ce phénomène ?

### 3) Grille d'entretiens

#### **Grille d'entretien N° 3 (Professionnels extérieurs)**

Considérez-vous l'insécurité à l'hôpital comme un problème majeur des établissements de santé ?	OUI	NON
---	-----	-----

Que pensez-vous des missions de sécurité incendie et d'anti-malveillance menées en commun ?

Comment envisageriez-vous la professionnalisation de la fonction anti-malveillance à l'hôpital ?

Quelles sont selon vous les difficultés pour l'hôpital de lutter contre la malveillance ?

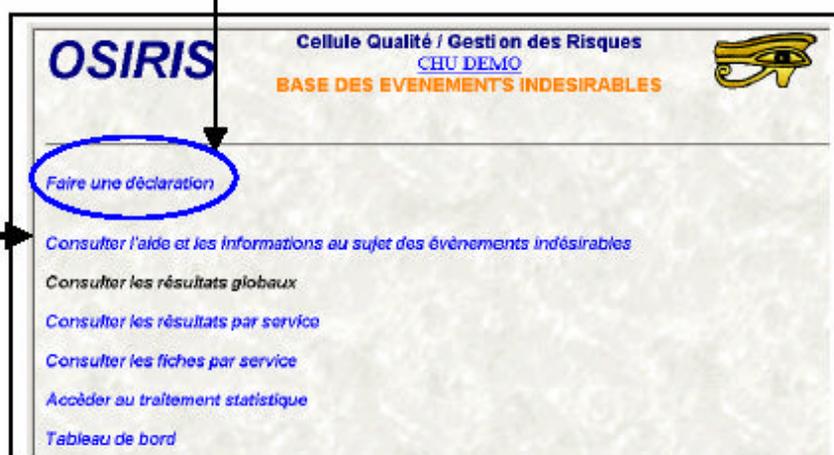
Quels sont les moyens dont disposent les établissements pour y faire face ?

Partagez-vous l'idée que l'hôpital puisse faire l'objet d'un dispositif particulier de sécurisation ? ( filtrage à l'entrée ...)

## OSIRIS : Mode opératoire Comment signaler un événement indésirable ?

### 1. Accéder à la fiche de signalement sur l'Intranet

Vous accédez sans mot de passe, par l'intranet de l'hôpital à OSIRIS, à la fiche d'événement indésirable. Cliquez sur « faire une déclaration ».



### 2. Remplir la fiche de signalement

La fiche est composée de 6 parties :

- Description de l'événement
- Informations sur le signalant et sur le sujet du signalement
- Date et lieu de l'événement
- Gravité et conséquences
- Mesures prises et évaluation

Les items obligatoires à remplir sont marqués d'un astérisque.

Les données nominatives seront anonymisées avant d'être enregistrées dans la base de données.

Cochez une case et une seule. Choisissez celle qui vous semble la plus pertinente pour caractériser l'événement. Vous pourrez compléter l'information dans la rubrique « description ».

### Description de l'événement\*

L'événement est lié à : (sélectionner la case qui caractérise le mieux l'événement A B ou C)

A - Activités médicales et de soins	B - Vie hospitalière et Relation avec le client	C - Vigilances
<input type="checkbox"/> activités médicales <input type="checkbox"/> activités de soins <input type="checkbox"/> circuit du médicament <input type="checkbox"/> arrêt cardiaque - décès inopiné <input type="checkbox"/> autre (à préciser) <span style="color: red; font-weight: bold;">Item paramétrable</span>	<input type="checkbox"/> chute du patient ou personnel <input type="checkbox"/> panne ou perte de matériel <input type="checkbox"/> problème de transport <input type="checkbox"/> linge ou restauration au magasin <input type="checkbox"/> val ou agression ou dégradation <input type="checkbox"/> fugue du patient âgé <input type="checkbox"/> sortie contre avis médical <input type="checkbox"/> perte de prothèse <input type="checkbox"/> erreur d'identité <input type="checkbox"/> autre (à préciser) <span style="color: red; font-weight: bold;">Item paramétrable</span>	<input type="checkbox"/> matériovigilance <input type="checkbox"/> pharmacovigilance <input type="checkbox"/> hémovigilance <input type="checkbox"/> infectiovigilance <input type="checkbox"/> réactiovigilance <input type="checkbox"/> biovigilance <input type="checkbox"/> nutrivigilance

Chute

Le patient est tombé :  de sa lit  de son fauteuil  de sa hauteur

Le patient était :  Agité  Pas agité

Nom de la personne témoin de la chute :

Nom du médecin qui a examiné le patient :

Heure de l'examen :  h  min

Examens demandés :  Radio  Scanner  Autres

Certificat médical établi :  Oui  Non (renseigner dans le dossier du patient)

Si aucune case ne convient, cochez la case « autre » dans la colonne qui vous semble la plus appropriée à la situation et précisez en clair la nature de l'événement.

En cochant certains items, vous ouvrez une « fenêtre » qui vous permet d'enregistrer des informations complémentaires.

Si vous ne trouvez pas dans le menu déroulant l'intitulé de votre service ou de votre fonction, cliquez sur « autre » et tapez l'intitulé.

Item obligatoire : si l'événement ne concerne pas une personne (ex : infrastructure), cochez la case « aucune personne » et passez aux rubriques suivantes.

### Signalant\* et sujet du signalement\*

Déclarant	Personne concernée
<p><b>service</b> <span style="color: red;">Obligatoire</span> <input type="text"/></p> <p>Autre : <input type="text"/></p> <p>Nom <span style="color: blue;">Facultatif</span> <input type="text"/></p> <p>Prénom <span style="color: blue;">Facultatif</span> <input type="text"/></p> <p><b>Fonction</b> <span style="color: red;">Obligatoire</span> <input type="text"/></p> <p>Telephone <span style="color: blue;">Facultatif</span> <input type="text"/></p> <p>Email <span style="color: blue;">Facultatif</span> <input type="text"/> @bali.ap-hop-paris.fr</p> <p>Vous êtes : <input type="radio"/> Médecin <input type="radio"/> Soignant</p> <p>Vous avez personnellement vécu cet événement comme</p> <p>Anodin <input type="radio"/> 1-2 <input type="radio"/> 3-4 <input type="radio"/> 5-6 <input type="radio"/> 7-8 <input type="radio"/> 9-10 Traumatisant</p>	<p><input type="radio"/> Patient <input type="radio"/> Consultant <input type="radio"/> Visiteur <input type="radio"/> Personnel</p> <p><input type="radio"/> Autre <input type="radio"/> Aucune personne</p> <p>Nom <input type="text"/></p> <p>Prénom <input type="text"/></p> <p>Sexe : <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F</p> <p>Date ou année de naissance : <input type="text"/></p>

Mettre une adresse email vous permet d'être informé par mail du traitement de votre fiche. Seules les adresses email de l'hôpital sont autorisées

Rubriques obligatoires si la personne concernée est un patient hospitalisé ou un consultant. Vous pouvez indiquer la date ou l'année de naissance

OSIRIS, signaler pour améliorer la sécurité à l'hôpital  
Réseau des COVIRIS - Juin 2003 -

Items obligatoires : Notez la date, l'heure et le lieu de l'évènement et non la date du signalement.

**Date\* et lieu de l'évènement\***

Où et quand cela est-il arrivé ?

Date \* :  CAL  Lieu \* :

Heure :  H  min  Autre endroit :

Décrivez succinctement les faits (ne citez aucun nom)

Ecrivez simplement ce qui s'est passé selon vous. Décrivez les faits sans porter de jugement de valeur ni d'accusation, y compris contre vous-même.

Item obligatoire : indiquez la gravité immédiate de l'évènement

**Gravité estimée\* et conséquences\***

Pouvez-vous évaluer la gravité immédiate de cet évènement ? \*

Très faible <      > Très élevée

Pouvez-vous décrire les conséquences subies par \* : (Plusieurs choix possibles)

Le patient	Le personnel	Le service/hôpital
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Aucune
<input type="checkbox"/> Aggravation clinique	<input type="checkbox"/> Atteinte corporelle	<input type="checkbox"/> Désorganisation du travail
<input type="checkbox"/> Prolongation hospitalisation	<input type="checkbox"/> Arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Pertes matérielles
<input type="checkbox"/> Transfert non programmé en UIC	<input type="checkbox"/> Perte de biens personnels	<input type="checkbox"/> Pertes financières
<input type="checkbox"/> Fracture	<input type="checkbox"/> Stress professionnel	<input type="checkbox"/> Perte d'image
<input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Mauvaises conditions de travail	<input type="checkbox"/> Plainte
<input type="checkbox"/> Perte de biens	<input type="checkbox"/> Conséquences juridiques	<input type="checkbox"/> Ne sait pas
<input type="checkbox"/> Souffrance psychique	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Les conséquences auraient pu être plus graves
<input type="checkbox"/> Souffrance physique	<input type="checkbox"/> Les conséquences auraient pu être plus graves	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Rupture dans la continuité des soins	<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Ne sait pas		
<input type="checkbox"/> Les conséquences auraient pu être plus graves		
<input type="checkbox"/> Autre		

Au moins une case doit être cochée, dans chaque colonne. Vous pouvez en sélectionner plusieurs. Si une colonne n'est pas pertinente pour l'évènement (par exemple, l'évènement ne concerne pas un patient), cochez la case « aucune ».

La case « les conséquences auraient pu être plus graves » vous permet de signaler la gravité potentielle de l'évènement dans d'autres circonstances : autre patient, autre équipe...

OSIRIS, signaler pour améliorer la sécurité à l'hôpital  
Réseau des COVIRIS - Juin 2003 -

#### 4) outil informatique Vigimalveillance (Rothschild)

**Lieux**

**Lieux ouverts au public**

- Loges ou barrière,...
- Parking, cour, jardin,...
- Service d'accueil, hall, caisse,...

**Lieux ouverts aux malades**

- Services d'urgence ou services-porte
- Autres services de consultation ou de soins
- Chambres des malades

**Lieu en principe fermés au public**

- Local administratif (bureau), technique (magasin, pharmacie) ou médical (laboratoire)
- Vestiaires
- Circulation (couloir, escaliers, souterrains, terrasses,...

**Lieux hors Hôpital**

- Université, INSERM, Institut, Association...

Annuler   Aide   Quitter   Suivant

**Lieux** **Victimes**

**Nomenclature des victimes des violences et vols**

Malade hospitalisé ou consultant

Visiteur, autre usager extérieur, organisme logé

Personnel hospitalier

Personnel de sécurité contractuel

Administration

**Nomenclature des victimes d'atteintes aux biens**

Administration

Organisme logé ou associé (Université, INSERM, CNRS, fournisseur, sous traitant, chantier, bénévole)

Personnel hospitalier

Autre

**Il y a eu plainte :**

Non

Annuler Aide Quitter Suivant

Lieux

Victimes

Victime

Identité de la victime

nom :

prenom :

tel :

fonction :

service :

adresse :

ville :

code postal :

Annuler

Aide

Quitter

Suivant

Lieux	Victimes	Victime	<b>Auteurs</b>
-------	----------	---------	----------------

Nomenclature des auteurs

**Cliquez ici pour saisir la description des auteurs**

Vous n'avez pas encore défini de choix.

Veillez cliquer sur le bouton ci-dessus pour définir le(s) auteur(s)

Annuler	Aide	Quitter	<b>Suivant</b>
---------	------	---------	----------------

Lieux Victimes Victime **Auteurs**

Nomenclature des auteurs

**Cliquez ici pour saisir la description des auteurs**

Vous n'avez  
Veuillez cliq

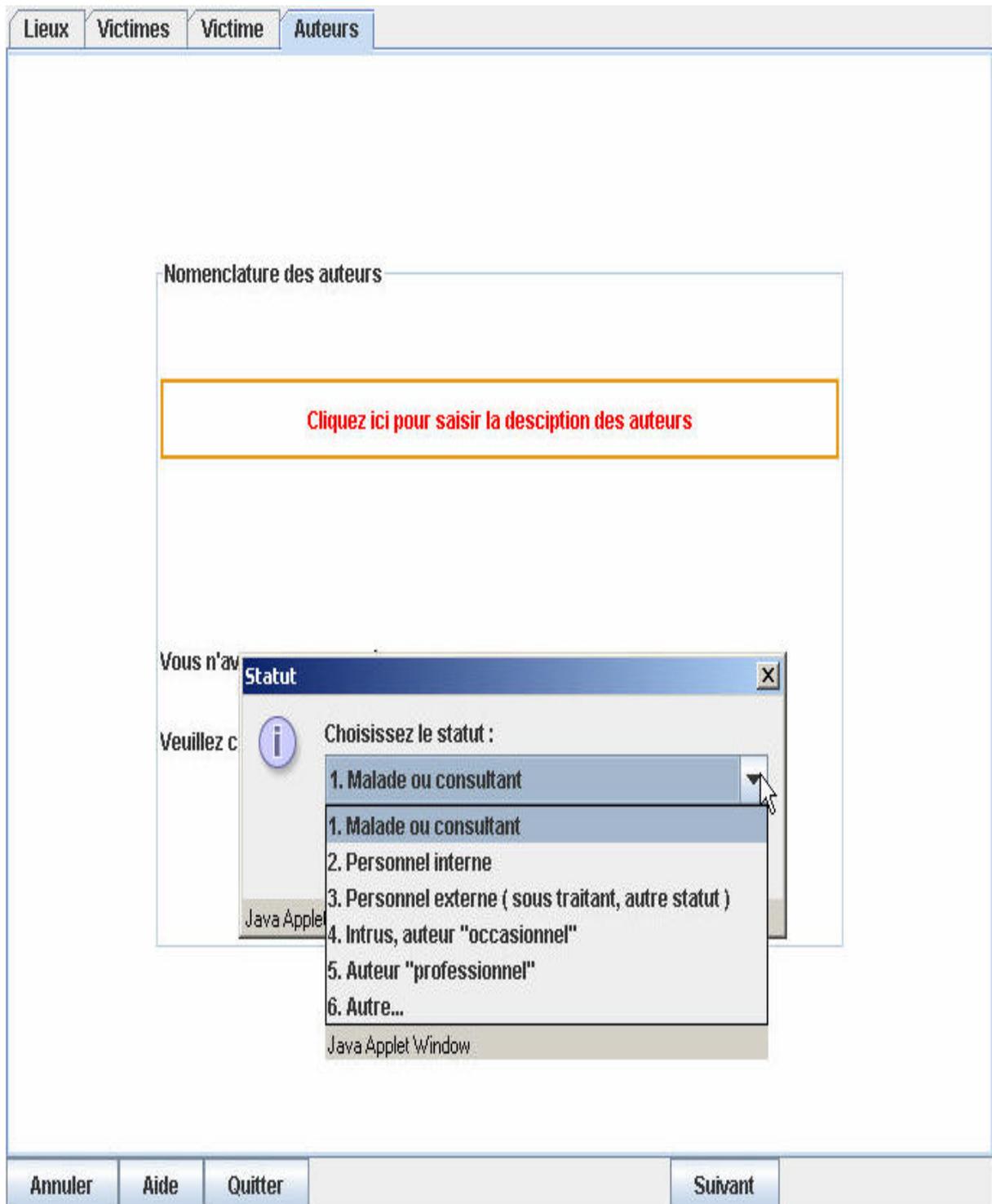
**Identification**  [X]

**?**  Avez vous identifié le(s) auteur(s) de l'acte ?

**Oui**   **Non**

Java Applet Window

Annuler Aide Quitter  **Suivant**



Lieux Victimes Victime **Auteurs**

Nomenclature des auteurs

**Cliquez ici pour saisir la description des auteurs**

Vous n'avez pas e

Leurs nombre

Etai~~e~~nt-t-il plusieurs ?

Oui Non

Java Applet Window

Veillez cliquer sur le bouton ci-dessus pour definir le(s) auteur(s)

Annuler Aide Quitter Suivant

Lieux	Victimes	Victime	Auteurs	Préjudices
<b>Coût</b>				
Préjudice autre que materiel ou inconnu				▼
Préjudice autre que materiel ou inconnu				
Préjudice < 1000 F				
Préjudice entre 10 000 et 1000 F				
Préjudice > 10 000 F				
<b>Nature du préjudice</b>				
Choisissez une section				
Immobilier				▼
Puis un type				
Murs, facades				▼
Annuler	Aide	Quitter	Suivant	

Lieux	Victimes	Victime	Auteurs	<b>Préjudices</b>
<b>Coût</b>				
Préjudice autre que materiel ou inconnu ▼				
<b>Nature du préjudice</b>				
Choisissez une section				
Immobilier				
Immobilier				
Atteinte a l'intégrité physique et/ou morale des personnes				
Matériel				
Abus du droit d'accueil				
Autres				
Annuler	Aide	Quitter	Suivant	

Lieux	Victimes	Victime	Auteurs	<b>Préjudices</b>
<b>Coût</b>				
Préjudice autre que materiel ou inconnu ▼				
<b>Nature du préjudice</b>				
Choisissez une section				
Immobilier ▼				
Puis un type				
Murs, facades ▼				
Murs, facades				
Locaux médicaux				
Locaux administratifs				
Locaux commerciaux				
autres				
Annuler	Aide	Quitter	Suivant	

Lieux	Victimes	Victime	Auteurs	Préjudices	Temps
<p><b>Temps :</b></p> <p>Jour : 01 ▼ Moi : 01 ▼ Année : 2000 ▼ Heure : 00 ▼ Minutes : 00 ▼</p> <p><input type="radio"/> Vous ne savez pas quand s'est produit l'événement <input type="radio"/> Cochez si heure inconnue</p>					
<p><b>Circonstances</b></p> <p>Méfait dirigé contre l'hopital en tant que tel ▼</p> <p>Méfait dirigé contre l'hopital en tant que tel</p> <p>Vengeance personnelle</p> <p>Méfait facilité par une négligence ou imprudence de la victime</p> <p>Méfait rendu possible par une négligence ou imprudence du personnel AP</p> <p>Autres...</p>					
Annuler	Aide	Quitter			Suivant

Lieux	Victimes	Victime	Auteurs	Préjudices	Temps	Complément
-------	----------	---------	---------	------------	-------	------------

- Vous avez des informations sur une voiture.
- Vous avez des informations sur les conséquences de la malveillance.
- Des mesures ont été prises
- Relation des faits
- Vous avez des informations plus précises sur le lieu des faits
- Vous voulez faire des observations sur l'acte de malveillance

Annuler	Aide	Quitter	Suivant
---------	------	---------	---------

Lieux	Victimes	Victime	Auteurs	Préjudices	Temps	Complément
<input checked="" type="radio"/> Vous avez des informations sur une voiture.						
Immatriculation						
Modele						
Couleur						
<input type="radio"/> Vous avez des informations sur les conséquences de la malveillance. <input type="radio"/> Des mesures ont été prises <input type="radio"/> Relation des faits <input type="radio"/> Vous avez des informations plus précises sur le lieu des faits <input type="radio"/> Vous voulez faire des observations sur l'acte de malveillance						
Annuler		Aide		Quitter		Suivant

Lieux	Victimes	Victime	Auteurs	Préjudices	Temps	Complément
<input type="radio"/> Vous avez des informations sur une voiture.						
<input checked="" type="radio"/> Vous avez des informations sur les conséquences de la malveillance.						
<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1; padding-right: 10px;"> <p>Prix :</p> </div> <div style="flex: 2; border: 1px solid black; height: 150px;"></div> </div>						
<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1; padding-right: 10px;"> <p>Conséquences</p> </div> <div style="flex: 2; border: 1px solid black; height: 150px;"></div> </div>						
<input type="radio"/> Des mesures ont été prises						
<input type="radio"/> Relation des faits						
<input type="radio"/> Vous avez des informations plus précises sur le lieu des faits						
<input type="radio"/> Vous voulez faire des observations sur l'acte de malveillance						
Annuler	Aide	Quitter				Suivant



Lieux	Victimes	Victime	Auteurs	Préjudices	Temps	Complément
-------	----------	---------	---------	------------	-------	------------

- Vous avez des informations sur une voiture.
- Vous avez des informations sur les conséquences de la malveillance.
- Des mesures ont été prises
-

Relation des faits

- Vous avez des informations plus précises sur le lieu des faits
- Vous voulez faire des observation sur l'acte de malveillance

Annuler	Aide	Quitter		Suivant
---------	------	---------	--	---------

Lieux	Victimes	Victime	Auteurs	Préjudices	Temps	Complément
-------	----------	---------	---------	------------	-------	------------

- Vous avez des informations sur une voiture.
- Vous avez des informations sur les conséquences de la malveillance.
- Des mesures ont été prises
- Relation des faits
- Vous avez des informations plus précises sur le lieu des faits

Lieu des faits ( adresse, service, n° de chambre ....)

Vous voulez faire des observation sur l'acte de malveillance

Annuler	Aide	Quitter	Suivant
---------	------	---------	---------

Lieux	Victimes	Victime	Auteurs	Préjudices	Temps	Complément
-------	----------	---------	---------	------------	-------	------------

- Vous avez des informations sur une voiture.
- Vous avez des informations sur les conséquences de la malveillance.
- Des mesures ont été prises
- Relation des faits
- Vous avez des informations plus précises sur le lieu des faits
- Vous voulez faire des observations sur l'acte de malveillance

Observations sur l'acte de malveillance

Annuler	Aide	Quitter	Suivant
---------	------	---------	---------

Lieux	Victimes	Victime	Auteurs	Préjudices	Temps	Complément	Redacteur
-------	----------	---------	---------	------------	-------	------------	-----------

Informations redacteur

tommie ▼

nom : tommie      prenom : dudule  
telephone : 2154  
service : securite      fonction : agent

Annuler	Aide	Quitter	Terminer
---------	------	---------	----------

Lieux	Victimes	Victime	Auteurs	Préjudices	Temps	Complément	Redacteur	final
-------	----------	---------	---------	------------	-------	------------	-----------	-------

--	--	--	--

Date et heure des faits inconnues

**Victime**

<u>Nom :</u>	xxxx	<u>Prenom :</u>	inconnu
<u>Fonction :</u>	inconnue	<u>Service :</u>	inconnu
<u>Telephone :</u>	inconnu		
<u>Adresse :</u>	inconnue		

**Redacteur**

<u>Nom :</u>	tommie	<u>Prenom :</u>	dudule
<u>Fonction :</u>	agent	<u>Service :</u>	securite
<u>Telephone :</u>	2154		

**Les faits**

<u>Nature du préjudice :</u>
------------------------------

Annuler	Aide	Quitter	Sauvegarder
---------	------	---------	-------------



## PREVENTION DE LA VIOLENCE AU TRAVAIL

### **PUBLIC**

Tout public

### **OBJECTIF**

Permettre aux professionnels de santé de faire face aux situations de violence, de mieux appréhender les aspects juridiques et réglementaires, ainsi que les aspects médico-légaux, la sécurité et la prise en charge en cas d'agression

### **PROGRAMME**

Aspects réglementaires et juridiques

Prévention architecturale

Approche des différents professionnels impliqués dans la prévention (DRH, médecins du travail, chargés de la sécurité anti-malveillance, psychologues cliniciens du travail...)

Stratégies comportementales et liens avec les différents acteurs de la prévention

Actions de prévention

Prise en charge des patients

### **DUREE**

2 jours

### **RESPONSABLE PEDAGOGIQUE**

Yveline THERY (CFCPH)

Dr Eric BEN BRIK (Service Central de Médecine du Travail)

Dr Claude GOZLAN (Hôpital Jean Verdier)

### **CENTRE ORGANISATEUR**

CFCPH

### **NOMBRE DE PARTICIPANTS**

70

### **NOMBRE DE SESSIONS PREVUES**

1

Code thème GIPSIE: VIO

Code GIPSIE: APH0004922800

Code gipsie	Date de début	Date limite d'inscription
<a href="#">APH0004922801</a>	19/10/2005	09/09/2005

### **CALENDRIER PREVISIONNEL**

19, 20 octobre

### **LIEU**

CFCPH

[Fermer la fenêtre](#)

 [Imprimer](#)



## AGENT DE SECURITE ANTI-MALVEILLANCE

### **PUBLIC**

Agent hospitalier placé sous l'autorité d'un chef de sécurité de l'AP-HP ou personne qui assure, à temps plein ou partiel, des activités dans le domaine de la sécurité anti-malveillance

### **OBJECTIF**

Assurer des missions de sécurité générale et de prévention de la malveillance en milieu hospitalier

### **PROGRAMME**

Nature et caractéristiques de la malveillance enregistrée à l'hôpital  
Options retenues par l'AP-HP pour en limiter la fréquence, l'importance et les conséquences  
Organisation d'un service de sécurité anti-malveillance d'un hôpital  
Initiation aux connaissances nécessaires à l'exercice de la surveillance générale et de la prévention de la malveillance en milieu hospitalier : déontologie de l'accueil et de l'intervention

### **DUREE**

2 jours

### **RESPONSABLE PEDAGOGIQUE**

Anne-Catherine GARCIA(CFTA)  
Alain HAMON (Direction Générale - Service Sécurité anti-malveillance)

### **CENTRE ORGANISATEUR**

CFTA

### **NOMBRE DE PARTICIPANTS**

10 à 15

### **NOMBRE DE SESSIONS PREVUES**

2

Code thème GIPSIE: SAM  
Code GIPSIE: APH0004945700

Code gipsie	Date de début	Date limite d'inscription
<a href="#">APH0004945701</a>	11/01/2005	03/12/2004
<a href="#">APH0004945702</a>	22/11/2005	14/10/2005

### **CALENDRIER PREVISIONNEL**

session 1 : les 11 et 12 janvier 2005  
session 2 : les 22 et 23 novembre 2005

### **LIEU**

CFTA

[Fermer la fenêtre](#)

 [Imprimer](#)

## CHEF ADJOINT DE SECURITE ANTI -MALVEILLANCE

### **PUBLIC**

Chef adjoint de sécurité anti-malveillance en fonction dans les services de sécurité générale anti-malveillance de l'AP-HP

### **OBJECTIF**

Approfondir les connaissances acquises  
Adapter les connaissances aux évolutions de la malveillance en milieu hospitalier

### **PROGRAMME**

Encadrement et formation des agents de sécurité anti-malveillance  
Information du personnel hospitalier  
Mise en œuvre d'un plan de sécurité et place des diverses techniques de prévention

### **DUREE**

1,5 jours (3 x 0,5 j)

### **RESPONSABLE PEDAGOGIQUE**

Anne-Catherine GARCIA(CFTA)  
Alain HAMON (Direction Générale - Service Sécurité anti-malveillance)

### **CENTRE ORGANISATEUR**

CFTA

### **NOMBRE DE PARTICIPANTS**

10 à 20

### **NOMBRE DE SESSIONS PREVUES**

1

Code thème GIPSIE: SAM  
Code GIPSIE: APH0004945600

Code gipsie	Date de début	Date limite d'inscription
<a href="#">APH0004945601</a>	16/03/2005	04/02/2005

### **CALENDRIER PREVISIONNEL**

16 mars, 22 juin et 12 octobre 2004

### **LIEU**

CFTA

[Fermer la fenêtre](#)

 [Imprimer](#)

## CHEF DE SECURITE ANTI -MALVEILLANCE

### **PUBLIC**

Chef de sécurité en fonction dans les services de sécurité générale anti-malveillance de l'AP-HP

### **OBJECTIF**

Adapter les pratiques aux évolutions de la malveillance et actualiser les connaissances des moyens de prévention

### **PROGRAMME**

Aspects déontologiques, juridiques et pratiques d'un exercice professionnel en milieu hospitalier

Techniques de prévention, adaptation aux besoins, évaluation des résultats, plan de sécurité

Organisation et fonctionnement d'un dispositif de réponse aux demandes d'intervention

Communication et formation

### **DUREE**

4,5 jours ( 9 x 0,5 j)

### **RESPONSABLE PEDAGOGIQUE**

Anne-Catherine GARCIA (CFTA)

Alain HAMON (Direction Générale - Service Sécurité anti-malveillance)

### **CENTRE ORGANISATEUR**

CFTA

### **NOMBRE DE PARTICIPANTS**

10 à 30

### **NOMBRE DE SESSIONS PREVUES**

1

Code thème GIPSIE: SAM

Code GIPSIE: APH0004945500

Code gipsie	Date de début	Date limite d'inscription
<a href="#">APH0004945501</a>	20/01/2005	10/12/2004

### **CALENDRIER PREVISIONNEL**

20 janvier, 17 février, 31 mars, 21 avril, 16 juin, 15 septembre, 20 octobre, 17 novembre et 15 décembre 2005

### **LIEU**

CFTA

[Fermer la fenêtre](#)

 [Imprimer](#)



## CHEF ET CHEF ADJOINT DE SECURITE ANTI -MALVEILLANCE

### **PUBLIC**

Chef et chef adjoint de sécurité affecté en 2005 dans les services de sécurité générale anti-malveillance de l'AP-HP

### **OBJECTIF**

Adapter les connaissances professionnelles à la problématique de la sécurité anti-malveillance en milieu hospitalier

### **PROGRAMME**

Organisation hospitalière  
Réalités et caractéristiques de la malveillance à l'hôpital  
Définition des objectifs (sécurité et sentiment de sécurité)  
Etude des limites à respecter (déontologie, droit et service public)

### **DUREE**

5 jours

### **RESPONSABLE PEDAGOGIQUE**

Anne-Catherine GARCIA(CFTA)  
Alain HAMON (Direction Générale - Service Sécurité anti-malveillance)

### **CENTRE ORGANISATEUR**

CFTA

### **NOMBRE DE PARTICIPANTS**

5 à 10

### **NOMBRE DE SESSIONS PREVUES**

2

Code thème GIPSIE: CSF

Code GIPSIE: APH0004945800

Code gipsie	Date de début	Date limite d'inscription
<a href="#">APH0004945801</a>	21/03/2005	10/02/2005
<a href="#">APH0004945802</a>	26/09/2005	18/08/2005

### **CALENDRIER PREVISIONNEL**

session 1 : du 21 au 25 mars 2005

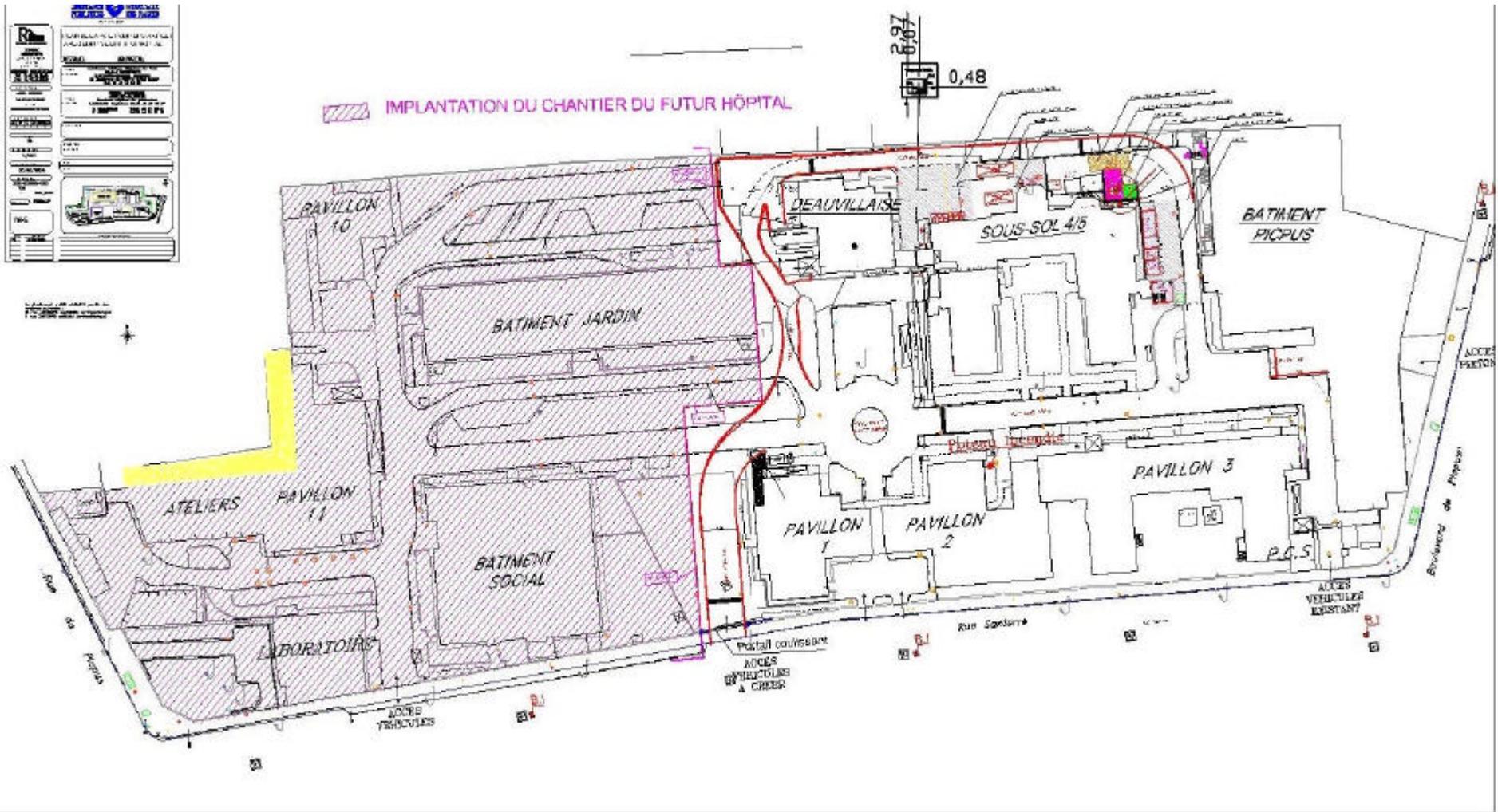
session 2 : du 26 au 30 septembre 2005

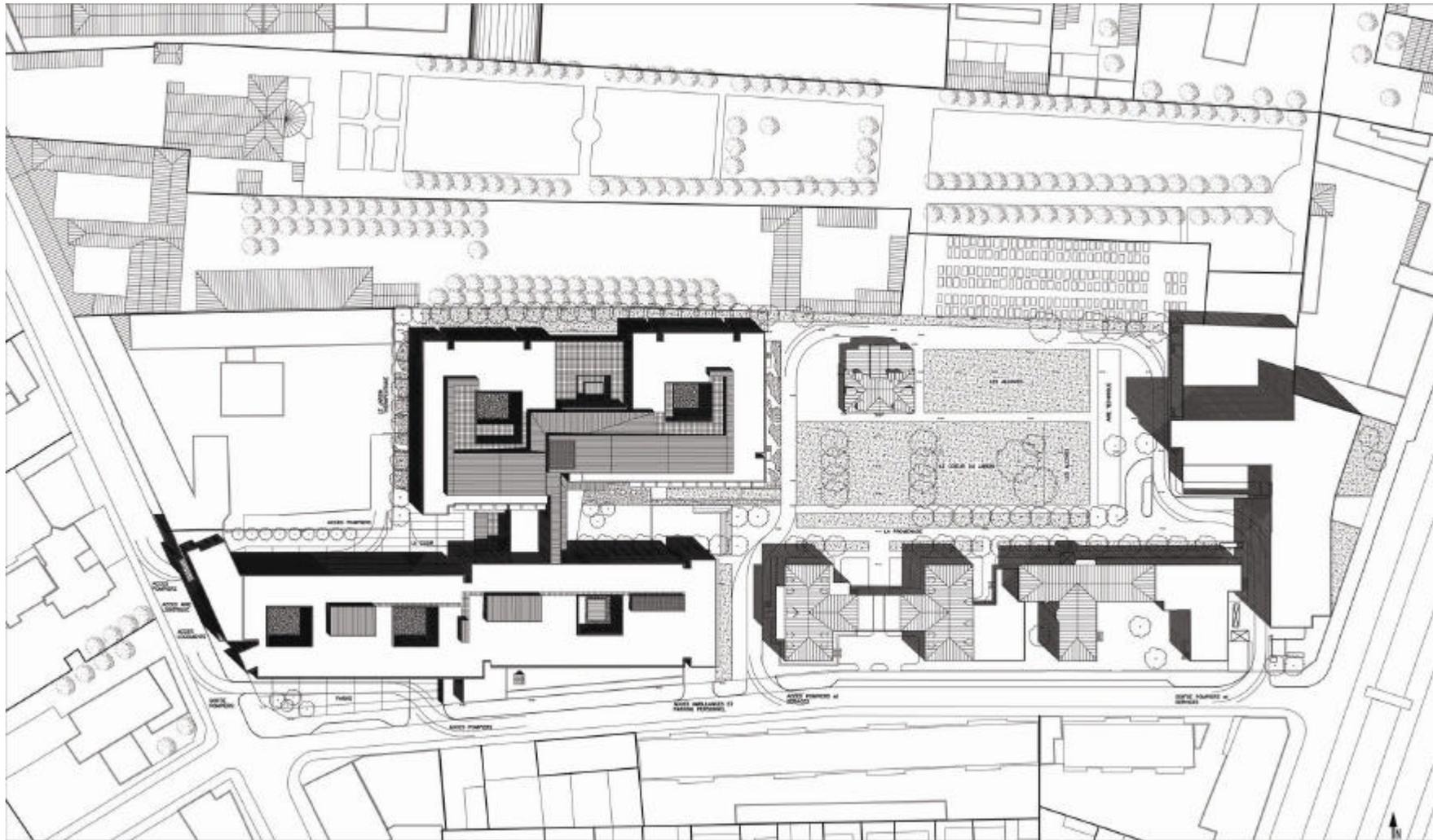
### **LIEU**

CFTA

[Fermer la fenêtre](#)

 [Imprimer](#)





RE CONVERSION OF L'HOSPITAL ROTHSCHILD - PLAN MASS PHASE APS - échelle 1/1000 - ATELIER BRUNO GALDIN ARCHITECTES - 03/05/2002

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
Sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers  
Bureau de la politique des ressources humaines et de la réglementation générale  
des personnels hospitaliers (P 1)

Circulaire DHOS/P 1 n° 2000-609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à  
l'accompagnement des situations de violence

SP 3 332

24

NOR : MESH0030568C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : immédiate.

Texte de référence : protocole d'accord national du 14 mars 2000.

Pièce jointe : annexe : répartition des crédits par région.

La ministre de l'emploi et de la solidarité, la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [(pour information)] ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) Le protocole d'accord en date du 14 mars 2000, prévoit une dotation de 100 MF pour financer les projets de prévention et d'accompagnement des situations de violence dans les établissements de santé financés par dotation globale.

1. Rappel des mesures législatives assurant la protection  
due aux agents par l'employeur

En premier lieu il est indispensable de réaliser une large information concernant la réglementation auprès de tous les acteurs hospitaliers (cadres, représentants des personnels, médecine du travail, CHSCT, CTE, CME), afin qu'ils puissent utiliser les dispositions juridiques existantes en cas d'agression.

Aux termes de l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ceux-ci, ainsi que les agents publics non titulaires, bénéficient à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent.

Cette protection fonctionnelle - elle n'intervient que dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions - revêt trois aspects :

- la couverture des condamnations civiles prononcées contre les agents pour faute de service (art. 11 alinéa 2).
- la protection contre les menaces et les violences de toute nature dont les agents peuvent être victimes et la réparation, le cas échéant, des préjudices qui en découlent (art. 11 alinéa 3).
- la protection des agents en cas de poursuites pénales pour des faits ne revêtant pas le caractère d'une faute personnelle (art. 11 alinéa 4).

1.1. La couverture des condamnations civiles

Lorsqu'un agent (fonctionnaire ou non titulaire) a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement (en l'occurrence et

concrètement le directeur) doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à cet agent, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

En conséquence, les chefs d'établissement rappelleront à leurs agents qu'ils doivent les tenir informés de toute citation ou assignation qui leur serait délivrée pour des faits intervenus pendant le service ou à l'occasion de celui-ci.

## 1.2. La protection contre les menaces et violences

Toute collectivité publique est tenue de protéger ses agents contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils peuvent être victimes à l'occasion de leurs fonctions et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté. Les chefs d'établissement veilleront à sensibiliser et impliquer les cadres de leur établissement à la politique mise en oeuvre pour protéger les agents contre les menaces et les violences.

Le champ de la protection s'avère extrêmement large. Il peut s'agir de violences physiques ou bien de violences verbales ou écrites ou encore des dommages aux biens. Les modalités pratiques sont les suivantes : en cas de dommages matériels, l'indemnisation peut être immédiate (sur pièces justificatives) sans qu'il soit nécessaire d'identifier au préalable le ou les auteurs des faits.

Surtout, l'établissement dispose de la possibilité d'agir lui-même directement soit en saisissant le procureur de la république, soit par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale. C'est la voie qu'il convient de privilégier dans la plupart des cas. Elle répond au souci parfois constaté chez l'agent de ne pas apparaître dans la procédure.

En tout état de cause, si l'agent entend déposer lui-même une plainte et se constituer partie civile pour obtenir des juridictions répressives l'indemnisation de ses préjudices personnels, il doit bénéficier du remboursement des honoraires et des frais de procédure résultant de son action.

## 1.3. La protection en cas de poursuites pénales

Si, et bien sûr seulement si, les faits à l'origine de poursuites pénales à l'encontre d'un agent ne sont pas constitutifs, ou du moins ne sont pas estimés au départ constitutifs, d'une faute personnelle, la collectivité prend à sa charge les honoraires et les frais de procédure quitte à se retourner contre son agent à l'issue du procès si le jugement établit, au contraire, le caractère strictement personnel de la faute.

A ces dispositions juridiques, permettant aux établissements de protéger ses fonctionnaires contre les menaces et les violences, doit s'ajouter le dispositif ci-après qui vise à mettre en oeuvre des actions concrètes et précises en matière de politique de lutte contre la violence en milieu hospitalier.

## 2. La prévention et l'accompagnement des situations de violence en milieu hospitalier

### 2.1. Les mesures susceptibles d'être financées dans le cadre du protocole

Les travaux préparatoires menés avec des hospitaliers permettent d'identifier quatre domaines principaux, mentionnés à titre indicatif :

- les formations à la conduite de projet, ou visant à renforcer les compétences des agents en matière de prévention des phénomènes de violence. Elles doivent s'adresser à l'ensemble des personnels concernés ;
- les mesures d'amélioration de l'accueil visant à diminuer l'agressivité. Elles doivent pouvoir s'intégrer dans le cadre de la politique de la qualité et des relations avec les usagers. A ce titre, elles font partie intégrante de la préparation à l'accréditation et devront comporter des objectifs précis ainsi que des indicateurs de suivi adaptés ;

- la mise en place d'équipements de sécurité, lorsque le diagnostic le justifie ;
- le renforcement des personnels d'accueil et de sécurité pour exercer les missions permanentes d'accueil et de sécurité. De façon complémentaire, les établissements pourront s'appuyer sur les mesures mises en place par la politique de la ville. Les projets innovants ayant pour objectif de créer du lien social avec le service public, dans le cadre de la prévention des situations de violence, seront particulièrement soutenus.

## 2.2. L'élaboration du projet

Le projet visant à prévenir et à accompagner les situations de violence devra être élaboré en large concertation avec les partenaires sociaux.

Un diagnostic devra être réalisé dans l'établissement, en lien avec le CHSCT et la médecine du travail, les responsables de l'accueil et de la sécurité. Ce travail préalable à l'élaboration d'un projet pourra faire l'objet, en tant que de besoin, d'un accompagnement méthodologique d'intervenants externes.

Les mesures proposées devront être en cohérence avec les orientations locales de la politique de la ville.

Le projet devra prendre en compte les grandes catégories ou formes de violence en distinguant :

- a) les violences dues à des facteurs exogènes telles que : violence des personnes extérieures à l'établissement vis-à-vis des biens et des personnes, violence des usagers ou de leurs accompagnants vis-à-vis des personnels ;
- b) les violences dues à des facteurs endogènes telles que : violence des personnels vis-à-vis des usagers, violence institutionnelle, violence des usagers entre eux, violence des personnels entre eux.

Il sera soumis pour avis au CHSCT, puis à toutes les instances de l'établissement. La délibération du CA sur le projet accompagne la demande officielle de financement de l'établissement auprès de l'ARH.

## 3. Modalités et calendrier d'instruction des projets

Les projets seront instruits par l'agence régionale de l'hospitalisation qui prend la décision d'octroi des crédits.

### 3.1. Les critères de sélection

Seront prioritairement financés les projets répondant aux critères suivants :

- ? qualité du diagnostic ;
- ? qualité de l'articulation entre le projet et la politique de ressources humaines de l'établissement. En effet le projet doit être une composante du projet social ;
- ? cohérence du projet de formation ;
- ? qualité et pertinence des actions d'amélioration de l'accueil ;
- ? mise en place d'un recensement ou signalement systématique des actes de violence ;
- ? cohérence et innovation dans l'approche des problèmes de sécurité en lien avec la politique de la ville du ressort territorial de l'établissement.

### 3.2. Calendrier de la mise en oeuvre

Un appel à projets est lancé auprès des établissements selon le calendrier suivant :

- ? les établissements élaborent leur projet sur la base de la présente instruction jusqu'à la fin du mois de février 2001 ;

? 28 février 2001 : date limite de réception des projets par les agences régionales de l'hospitalisation. Les établissements connaissant des situations spécifiques peuvent déposer un projet auprès des ARH avant cette date et recevoir une réponse de principe et de financement ;

? les notifications seront effectuées avant le 30 avril 2001 ;

? Selon le résultat de ce premier appel à projets, un appel complémentaire pourra être effectué au second semestre 2001.

#### 4. Conduite générale de la politique relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence

##### 4.1. Au niveau régional

Un groupe de travail peut être utilement mis en place auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation afin de faciliter l'échange d'expériences concernant les politiques de prévention et d'accompagnement, et leur évaluation dans la durée. Il pourra contribuer à l'évaluation et à la sélection des projets.

Les DDASS sont particulièrement impliquées dans les contrats locaux de sécurité en raison de leur expérience et de leur connaissance spécifique des phénomènes de violence, dans le cadre notamment de la politique de la ville. A ce titre, elles veilleront particulièrement à l'articulation entre les projets d'établissement et la déclinaison locale de la politique de la ville.

Les ARH et la DHOS procéderont à la collecte d'indicateurs statistiques.

##### 4.2. Au niveau national

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins continuera de s'appuyer sur le comité d'experts mis en place en novembre 1999, comité auquel ont été intégrés des représentants des organisations syndicales. Ce comité contribuera au suivi et à l'évaluation de l'ensemble de l'opération.

Nous tenons à attirer tout particulièrement votre attention sur l'importance que le gouvernement attache à la mise en oeuvre de cette politique de prévention et d'accompagnement des situations de violence dans les établissements de santé.

La ministre de l'emploi  
et de la solidarité,  
Élisabeth Guigou  
La secrétaire d'Etat à la santé  
et aux handicapés,  
Dominique Gillot  
Répartition régionale du financement  
relatif à la prévention de la violence

<b>RÉGIONS</b>	<b>MONTANTS en milliers de francs *</b>
Alsace	3 544
Aquitaine	4 500
Auvergne	2 358

Bourgogne	2 661
Bretagne	5 231
Centre	3 802
Champagne-Ardenne	2 300
Corse	354
Franche-Comté	1 925
Ile-de-France	19 996
Languedoc-Roussillon	3 343
Limousin	1 515
Lorraine	4 402
Midi-Pyrénées	4 078
Nord - Pas-de-Calais	6 003
Basse-Normandie	2 865
Haute-Normandie	2 709
Pays de la Loire	4 876
Picardie	3 060
Poitou-Charentes	2 458
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6 886
Rhône-Alpes	9 449
France métropolitaine	98 133
Guadeloupe	591
Guyane	196
Martinique	724
Réunion	730
DOM	2 241
France entière	100 000

\* Répartition au prorata des ETP du personnel non médical des établissements de santé financés par dotation globale (source : SAE 1998) avec prise en compte d'un surcoût pour les DOM.

**Circulaire DHOS/P 1 n° 2005-327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique**

NOR : SANH0530314C

*Date d'application* : immédiate.

*Annexe* :

Fiche de signalement ;

Fiche individuelle de suivi de l'événement.

*Etablissements concernés* : établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

*Texte de référence* : circulaire n° 2000-09 DHOS/P1 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence.

*Le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Madame et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour mise en oeuvre).*

Les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière sont, depuis quelques mois, le théâtre d'actes de violence de plus en plus fréquents. Qu'ils soient perpétrés contre certains de leurs agents ou contre des patients, des résidents ou des visiteurs, ces actes les plongent dans un désarroi d'autant plus grand que ces établissements peuvent se sentir obligés de réagir seuls face à ces événements.

Or la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a initialisé une politique de lutte contre la violence à l'hôpital qui repose, entre autres choses, sur la connaissance exhaustive de ces faits.

La présente circulaire a pour objet, d'une part, de rappeler le dispositif de lutte contre la violence et, d'autre part, d'instaurer une remontée systématique des informations relatives aux faits de violence des établissements vers les agences régionales de l'hospitalisation et de ces dernières vers la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

## **1. Rappel du dispositif de lutte contre la violence**

La circulaire du 15 décembre 2000 définissait les grands axes d'une politique de prévention des situations de violence. Il appartenait aux établissements de décliner ces axes dans le cadre d'un appel à projet organisé par les agences régionales de l'hospitalisation. A cette fin, a été dégagé un financement national de ces opérations à hauteur de quinze millions d'euros, répartis entre les régions au prorata des effectifs et inscrit en base dans leur budget.

La mise en place, à la demande du ministre, d'un groupe de travail interministériel a débouché sur la création d'un observatoire national de la violence en milieu hospitalier. Cet observatoire a pour mission de coordonner et d'évaluer les politiques mises en oeuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés.

## **2. Organisation de la remontée d'informations**

Une bonne connaissance des faits qui se produisent est indispensable pour pouvoir adapter en permanence la politique de lutte contre la violence.

C'est pourquoi il est indispensable de faire remonter sans délai les informations relatives à ces faits aux agences régionales de l'hospitalisation, à charge pour ces dernières de les communiquer à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins qui, d'une part, peut immédiatement venir en appui aux établissements confrontés à ces événements et qui, d'autre part, en assure le recensement et l'analyse.

Je vous demande en conséquence, pour chaque fait grave qui viendrait à se produire,

de transmettre aussitôt par messagerie électronique au chargé de mission qui aura été désigné à cette fin par chaque directeur d'agence régionale de l'hospitalisation, la fiche signalétique jointe en annexe.

Ces éléments pourront bien entendu être complétés par toute information jugée utile par le chef d'établissement.

Ces mêmes informations devront être transmises par l'agence régionale de l'hospitalisation à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au plus tard dans les douze heures suivant le moment où se seront produits les faits, en mentionnant au passage l'intervention que l'ARH envisage éventuellement de conduire en appui à l'établissement.

Ces fiches sont à faire parvenir à l'adresse suivante :  
observatoire.violence@sante.gouv.fr.

Je vous invite à communiquer sans délai les présentes instructions aux établissements concernés et à me faire connaître, sous le présent timbre, les difficultés auxquelles ces établissements seraient éventuellement confrontés pour leur mise en oeuvre.

Pour le ministre et par délégation :  
*Le directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins,*  
J. Castex



Le 23 décembre 2004

## COMMUNIQUE DE PRESSE

---

### LA SECURITE DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

A la suite des évènements qui se sont déroulés à Pau, le week-end dernier, dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique, **M. Dominique de VILLEPIN**, Ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Intérieure et des Libertés Locales, a demandé aux Préfets de s'assurer des dispositifs de sécurité existant entre les établissements hospitaliers et les services de police et de gendarmerie.

C'est dans ce cadre que le Préfet de Police, **M. Pierre MUTZ**, a tenu, ce jour, une réunion de travail à la Préfecture de Police, avec les représentants des secteurs hospitaliers : l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, l'Agence Régionale d'Hospitalisation, le Centre Hospitalier Saint Anne, le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil, en présence de représentants de la Ville de Paris et de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris (voir liste des participants en annexe).

La concertation à laquelle a donné lieu cette réunion a fait ressortir la nécessité de **renforcer** les liens déjà existant entre les différents services de la Préfecture de Police et les centres hospitaliers particulièrement nombreux et de dimensions importantes dans la Capitale.

REPUBLICQUE FRANÇAISE  
*Liberté Egalité Fraternité*

PREFECTURE DE POLICE  
9, Boulevard du Palais - 75195 PARIS RP - Tél. : 01 53 71 53 71 / 01 53 73 53 73  
Serveur vocal : 08 36 67 22 22 (0,225 €/minute)  
3611 PREFECTURE DE POLICE (gratuit les trois premières minutes puis 0,112 €/minute)  
<http://www.prefecture-police-paris.interieur.gouv.fr> - E-mail : [cabcom.prefecturepoliceparis@interieur.gouv.fr](mailto:cabcom.prefecturepoliceparis@interieur.gouv.fr)

Dans ce sens, les mesures suivantes ont été prises :

※ **le renforcement des contacts avec les commissariats centraux**

Les commissaires centraux d'arrondissements ont déjà des relations suivies avec les responsables des hôpitaux, en particulier lorsqu'il s'agit des grands établissements, et plus encore quand ceux-ci disposent de services d'urgence.

La sollicitation des commissariats pour des problèmes de sécurité générale ou pour des difficultés rencontrées dans le secteur des urgences fait partie du quotidien des équipages de police.

Ces contacts seront renforcés et institutionnalisés avec l'objectif de développer de vrais partenariats en matière de sécurité et d'améliorer encore la réactivité et la qualité des réponses à apporter. L'organisation de tables rondes régulières, déjà instaurées sur ce thème avec certains établissements, sera généralisée.

※ **la création d'une ligne spéciale au «17- police secours »**

Dans les situations d'urgence, de nombreux établissements hospitaliers disposaient jusqu'à maintenant d'une ligne téléphonique inconnue du public pour appeler les commissariats en bénéficiant d'une priorité de réponse.

Dès le début de 2005, la Préfecture de police va dédier un numéro spécial, exclusif, que les hôpitaux pourront seuls utiliser, qui aboutira à l'Etat-Major « police secours » de la Préfecture de Police et qui permettra de disposer d'un interlocuteur policier en mesure d'identifier immédiatement l'origine de l'appel et d'y donner suite prioritairement.

Ce dispositif nouveau est apparu aux participants comme un gage important d'amélioration de la rapidité d'intervention des services de Police.

※ **la mise en œuvre d'audits de sécurité**

A l'occasion des contacts établis localement, les commissaires centraux d'arrondissements pourront être amenés à faire des propositions, en concertation, en matière d'aménagement immobilier, pour sécuriser les zones d'accueils sensibles. De même, dans les cas délicats, ou à la demande de l'établissement, le Service « Information Sécurité » de la Préfecture de police qui procède à des audits de sécurité, sera mobilisé afin d'établir un diagnostic sur les améliorations à apporter.

.../...

\* **une vigilance accrue**

De manière générale, la vigilance va être renforcée avec des patrouilles plus nombreuses autour des établissements les plus sensibles qui font déjà l'objet de surveillances particulières.

Les contacts établis à l'échelon local permettront de multiplier la présence des policiers de quartier et de faciliter les rencontres sur le terrain pour une meilleure réactivité et un traitement judiciaire adapté.

\* **un nouveau partenariat pour les examens légaux des personnes gardées à vue**

Un **nouveau dispositif**, aboutissement d'un long travail entrepris par la Préfecture de Police, le Parquet de Paris, l'AP-HP, avec l'Ordre des médecins sera mis en place dès le début de l'année 2005. **Il permettra d'organiser les examens légaux des personnes gardées à vue** dans les locaux de police et de réserver le recours aux Urgences Médico-Judiciaires pour les cas qui le justifient.

\*  
\* \*

Au terme de cette réunion, les participants, qui se sont accordés sur la nécessité d'un renforcement des liens au quotidien des services de police avec les établissements hospitaliers, ont considéré que les procédures préconisées par la circulaire du 20 décembre du Ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Intérieure et des Libertés Locales, sur la sécurité des services d'urgence dans les hôpitaux, permettront une prise en compte plus efficace des problèmes rencontrés.

La concertation déjà instaurée par la Préfecture de Police avec le milieu hospitalier pour prévenir les crises sanitaires (canicule, grand froid...) et qui a prévalu lors des discussions pour organiser la permanence des soins va ainsi trouver un prolongement dans le domaine de la sécurité.

Il a été convenu que des réunions seront tenues régulièrement à la Préfecture de Police afin de faire le bilan sur les dispositifs de renforcement de la sécurité mis en œuvre dans les établissements hospitaliers.

**Liste des participants à la réunion tenue par M. Pierre MUTZ  
Préfet de Police  
le 23 novembre à 11 heures  
salle des 167 Policiers morts pour la Libération de Paris**

**APHP**

- M. le Professeur Pierre CARLI, directeur du SAMU de Paris
- M. le Professeur RIOU, président de la collégiale des urgentistes, chef des urgences de l'Hôtel Dieu
- M. Philippe HROUDA, Chargé de Mission auprès de la Directrice Générale de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.
- M. Roland GONIN, Directeur adjoint du cabinet de la Directrice Générale de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

**ARH**

- Mme LEPEE, secrétaire générale de l'ARH

**SECTEUR PSYCHIATRIQUE**

- Mme Nathalie ALAMOWITCH, Directrice Adjointe, chargée de la Direction du Personnel, des Affaires Médicales et de la Délégation à la Recherche du Centre Hospitalier Sainte-Anne
- Mme le Docteur Marie-Jeanne GUEDJ, chef du service du Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA)

**Ville de Paris**

- M. Alain LHOSTIS, Adjoint au Maire de Paris, chargé de la santé et des relations avec l'APHP
- M. Alain CLAQUIN, directeur de cabinet de M. LHOSTIS

**DDASS**

- M. le Docteur Christian MERLE – Affaires Sanitaires et Sociales de Paris

**ASSOCIATION DES MEDECINS URGENTISTES HOSPITALIERS DE FRANCE**

- M. le Docteur Patrick PELLOUX, Président de cette association

## SECTION 4

# Dispositions relatives à la sécurité et à l'hygiène

### SOUS-SECTION 1

## Nature et opposabilité des règles de sécurité

### **Art. 20** Nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital (des hôpitaux constituant le groupe hospitalier), en fonction des circonstances locales. En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital (du groupe hospitalier), le directeur les édicte par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Le directeur de l'hôpital (du groupe hospitalier) veille, en tant que responsable du bon fonctionnement de l'hôpital (du groupe hospitalier), au respect des règles de sécurité du fonctionnement de l'hôpital (du groupe hospitalier) et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, à des défaillances humaines ou à des facteurs naturels.

### **Art. 21** Opposabilité des règles de sécurité

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital (le groupe hospitalier) assure à ses usagers. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'hôpital (du groupe hospitalier), toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités.

Dans la mesure où les conventions qui lient l'hôpital (le groupe hospitalier) à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein de l'hôpital (du groupe hospitalier) leur sont opposables. Le présent règlement intérieur leur est transmis à cet effet. Les dits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du directeur de l'hôpital (du groupe hospitalier) les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

## SOUS-SECTION 2

### La sécurité générale

#### **Art. 22**      **Accès à l'hôpital (au groupe hospitalier)**

L'accès dans l'enceinte de l'hôpital est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires.

L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du directeur, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein de l'hôpital (du groupe hospitalier) n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie de l'hôpital.

De même, pour des raisons de sécurité, le directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles.

Sauf besoins de service ou autorisations spéciales, et sous réserve des dispositions de l'article 141 du présent règlement, il est interdit d'introduire à l'hôpital (au groupe hospitalier) animaux, alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

#### **Art. 23**      **Calme et tranquillité au sein de l'hôpital (du groupe hospitalier)**

Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant, ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble au sein de l'hôpital (du groupe hospitalier), est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'hôpital (le groupe hospitalier). Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie de l'hôpital (du groupe hospitalier).

#### **Art. 24**      **Personnels de sécurité générale**

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du directeur, dans le strict respect de la loi du 12 juillet 1983 et des textes pris pour son application.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par les articles 223-6 du Code pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril), 73 du Code de procédure pénale (crime ou délit flagrant) et 122-5, 122-6 et 122-7 du Code pénal (légitime défense ou état de nécessité).

Ils ne peuvent intervenir dans les services et départements de soins qu'à la demande du directeur de l'hôpital (du groupe hospitalier) ou des personnels responsables de ces services et départements.

Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité.

Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive.

Ils peuvent retenir aux sorties de l'hôpital (du groupe hospitalier), durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent dans les mêmes conditions retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital (du groupe hospitalier), pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et le cas échéant à leur prise en charge par un service de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent évoqué à l'article 29 du présent règlement, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un vestiaire, ou à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

#### **Art. 25 Matériels de sécurité générale**

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéo surveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le directeur aux instances représentatives locales compétentes de l'hôpital (du groupe hospitalier).

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés. L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéo surveillance doivent observer les dispositions de la loi du 21 janvier 1995 et celles des décrets pris pour son application.

#### **Art. 26 Règles de responsabilité**

La mise en œuvre par l'hôpital (le groupe hospitalier) de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière.

Les faits de délinquance perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital (du groupe hospitalier) engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

L'AP-HP assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte.

Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le directeur porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital (le groupe hospitalier).

#### **Art. 27 Rapports avec l'autorité judiciaire**

Le directeur informe sans délai le procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance dans l'exercice de ses fonctions. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité soient préservés.

#### **Art. 28 Rapports avec les autorités de police**

Seul le directeur de l'hôpital (du groupe hospitalier) a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police.

Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein de l'hôpital (du groupe hospitalier) une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

En cas d'enquête de police judiciaire, le directeur de l'hôpital (du groupe hospitalier) doit être systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.