

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **Octobre 2018**

---

**Insuffler une culture de sûreté à  
l'hôpital : l'exemple du CHR d'Orléans**

---

**Sandy TRANSON**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Monsieur Olivier BOYER, directeur général du CHR d'Orléans ainsi que l'ensemble de l'équipe de direction pour leur accueil bienveillant et leur disponibilité. Merci de m'avoir permis d'explorer de nouveaux champs d'activité et d'enrichir ainsi ma connaissance du monde hospitalier.

Je tiens également à remercier toutes les personnes que j'ai sollicité pour l'élaboration de ce mémoire, qui ont accepté de répondre à mes questions, n'hésitant pas à me faire part de leurs réflexions et à partager avec moi certains de leurs documents d'analyse.

Je remercie tout particulièrement monsieur Vincent TERRENOIR, commissaire divisionnaire et délégué pour la sécurité générale (DGOS), pour avoir spontanément accepté d'être mon référent pour ce mémoire, pour les nombreuses informations communiquées et pour ses conseils avisés.

Enfin, je remercie Gilles VARIN, mon maître de stage pour m'avoir beaucoup aidé dans ma réflexion sur ce mémoire, mais aussi pour ses nombreux conseils et pour m'avoir fait part de sa riche expérience au cours de ces deux dernières années.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1 La fin de la sanctuarisation de l'hôpital .....	5
1.1 Une progression constante des cas de dommages aux personnes et aux biens .	5
1.2 L'impact pour les établissements de santé .....	11
1.3 L'instauration progressive d'une politique publique de sécurisation des établissements de santé.....	12
1.3.1 Des règles anciennes participant à cette politique de sécurisation .....	12
1.3.2 L'émergence d'une réglementation dédiée à la sécurisation des établissements recevant du public .....	14
1.3.3 Une réglementation propre aux établissements de santé.....	15
1.4 Une politique de sécurisation relayée par les ARS.....	17
2 Les limites des solutions mises en œuvre au CHR d'Orléans.....	19
2.1 Le contexte local.....	19
2.2 Les installations techniques .....	21
2.3 Des mesures à caractère organisationnel .....	23
2.3.1 Une équipe de sécurité remodelée .....	23
2.3.2 Une formation continue de plus en plus ciblée.....	26
2.4 L'accompagnement des personnels victimes de violences.....	27
3 Une démarche d'acculturation pour renforcer la sûreté.....	29
3.1 La création d'un groupe de travail relatif à la sûreté.....	29
3.2 L'élaboration d'un plan d'actions .....	32
3.3 Une meilleure information pour une plus grande acculturation au risque sûreté	35
3.4 La désignation de référents sûreté.....	36
3.5 La prévention des risques d'intrusion.....	39
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	43
Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier  
ARS : Agence régionale de santé  
AS : Aide-soignant  
CH : Centre hospitalier  
CHR : Centre hospitalier régional  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
CLACT : Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail  
CNAPS : Conseil national des activités privées de sécurité  
COPERMO : Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers  
CQP-APS : Certificat de qualification professionnelle d'agent privé de sécurité  
CSI : Code de la sécurité intérieure  
CSP : Code de la santé publique  
CUMP : Cellule d'urgence médico-psychologique  
DGOS : Direction générale de l'organisation des soins  
DUCQ : Direction des usagers, de la communication et de la qualité  
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique  
EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses  
ERP : Etablissement recevant du public  
ESSP : Etude de sûreté et de sécurité publique  
FEI : Fiche d'évènement indésirable  
FIPD : Fonds interministériel de prévention de la délinquance  
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés  
IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation  
IDE : Infirmière diplômée d'état  
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers  
ONVS : Observatoire nationale des violences en milieu de santé  
PC : Poste centrale  
PRE : Plan de retour à l'équilibre  
PSE : Plan de sécurisation d'établissement  
REIG : Revue des évènements indésirables  
SAMU : Service d'aide médicale d'urgence  
SSIAP : Service de sécurité incendie et d'assistance à personnes  
SSR : Soins de suite et de réadaptation

TPN : Troubles psychiques et neuropsychiques

USLD : Unité de soins de longue durée

VDI : voix, données, images

ZUS : Zones urbaines sensibles



*« Toutes les mesures architecturales, techniques ou organisationnelles seront vaines si le personnel n'est pas acteur de la sûreté de l'hôpital »<sup>1</sup>*

## **Introduction**

Un patient détenteur de drogue menaçant de mort le personnel soignant qui la lui a soustraite, une infirmière se faisant menacer de viol sur le parking, une patiente giflant une aide-soignante au cours de sa toilette, un visiteur menaçant le personnel soignant. Les exemples de violences, tant verbales que physiques ne manquent pas au CHR d'Orléans. Il est à l'image de ce que vivent l'ensemble des hôpitaux, comme en atteste l'augmentation de 25% des déclarations de fait de violence constatée par l'observatoire national des violences en milieu de santé pour 2017<sup>2</sup>.

L'organisation mondiale de la santé définit la violence comme « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès »<sup>3</sup>.

Les établissements de santé sont confrontés quotidiennement à la violence et à la malveillance : violence verbale, physique, sabotage interne, vol, dégradation, fugue, prostitution, trafic de drogue, altercation entre collègues, règlement de compte au sein du service des urgences...mais aussi à des individus armés proférant des menaces à caractère djihadiste comme a pu le vivre le CHU de Caen en mars 2018.

De fait, cette violence s'inscrit dans un double contexte ; d'une part une évolution sociétale caractérisée par un manque d'autorité et de cadrage dès le plus jeune âge qui se traduit par une exigence d'immédiateté et une attitude agressive et d'autre part un contexte sécuritaire où la crainte d'un attentat reste sous-jacente.

Par nature les établissements publics de santé sont des espaces ouverts aux publics, devant être facilement accessibles aux patients pour répondre aux principes d'égalité et de continuité du service public, ce qui apparait diamétralement opposé à des mesures de fermeture et de contrôle des accès souvent indiquées pour renforcer la sûreté des lieux confrontés à ce type de violence. De plus, en milieu de santé, les professionnels ont souvent une attitude défaitiste face aux comportements malveillants et violents. Ils sont formés à accueillir tout le monde et prodiguer des soins aux patients en faisant preuve de

---

<sup>1</sup> Etude de sûreté et de sécurité publique du CHR d'Orléans

<sup>2</sup> Rapport de l'ONVS 2018

<sup>3</sup> <http://www.who.int/topics/violence/fr/>

bienveillance et d'empathie, pas à se protéger des patients. Ainsi, changer les habitudes pour mieux se protéger heurte directement leur mode de fonctionnement. De plus, la malveillance peut également provenir du personnel lui-même. Dans la plupart des cas, les hôpitaux sont le plus gros employeur de la ville voire le plus gros employeur de la région, ils constituent donc un échantillon représentatif de la population et peuvent avoir en leur sein des individus animés par un souhait de nuire à l'établissement, voire des individus radicalisés. Ainsi, la malveillance et la violence doivent se gérer spécifiquement à l'hôpital public.

En établissement de santé, la sécurité est un sujet prégnant, c'est une notion polymorphe qui recouvre de nombreux domaines tels que la sécurité des soins, la sécurité incendie, la sécurité des systèmes d'information, la sécurité sanitaire (l'eau, l'air, la nourriture), la sécurité des installations techniques ou encore la sécurité du personnel contre les risques psychosociaux et les troubles musculo squelettiques. Il apparaît impossible de dresser une liste exhaustive des risques auxquels sont confrontés les établissements de santé.

La violence et la malveillance sont des risques spécifiques qui ne répondent pas à une règle de sécurité, à savoir « un ensemble de normes préalablement définies ayant pour but de prévenir et lutter contre les risques accidentels, naturels ou technologiques induisant des dangers non intentionnels »<sup>4</sup>. Ces comportements relèvent de la sûreté, c'est-à-dire « des mesures visant à prévenir et à lutter contre des actions volontaires d'atteinte aux personnes, aux biens et aux bâtiments »<sup>5</sup>. Par surcroît, à l'hôpital, ces comportements volontaires peuvent être induits par une pathologie, une substance consommée, une réaction face à une angoisse ou à la douleur. L'agresseur est souvent une personne vulnérable. Dès lors, ces comportements peuvent-ils encore être considérés comme intentionnels ?

En outre, la perception de la violence est différente selon les individus, chaque personne ayant son propre seuil de tolérance, le sentiment d'insécurité que la violence peut entraîner chez les patients comme chez le personnel soignant est apprécié de façon subjective.

Les attentats de ces dernières années ont provoqué une prise de conscience et accru le niveau de vigilance chez les professionnels de santé mais ce dernier reste insuffisant au quotidien. De plus, les actions menées se concentrent beaucoup sur le risque attentat qui

---

<sup>4</sup> Gérer la sécurité et la sûreté des événements et sites culturels – guide ministère de l'intérieur, ministère de la culture et de la communication, secrétariat général de la défense et de la sécurité national – avril 2007

<sup>5</sup> Idem.

doit évidemment être pris en considération, mais ce risque ne doit pas faire oublier la violence et la malveillance de droit commun, celle qui se perpétue au quotidien et qui s'inscrit sur une pente ascendante. Adopter des mesures de sûreté pour se protéger de ce type de violence augmentera de fait la vigilance et la protection contre le risque d'attentat. Cependant, accroître la sûreté des établissements suppose de faire évoluer les comportements individuels et collectifs. Le niveau de sûreté que pourront atteindre les établissements de santé dépend directement du niveau de contrainte que le personnel sera prêt à accepter. De la modification de ces comportements dépend la sécurité des patients, du personnel de l'établissement mais aussi des intervenants extérieurs prestataires de l'établissement.

L'enjeu est de trouver le juste curseur entre un lieu totalement ouvert tel que l'on connaît l'hôpital aujourd'hui et une forteresse qui apparaîtrait inaccessible à la population. Cette mutation qui s'opère est un vrai changement de paradigme qui s'inscrit parmi d'autres évolutions dont la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire, une prise en charge de plus en plus axées sur le parcours patient au sein du territoire mais aussi le virage ambulatoire et une fréquentation accrue des urgences qui augmentent le nombre de patients journaliers et donc mathématiquement le nombre de cas de violence potentielle.

Ce sujet apparaît a priori non prioritaire au regard des autres réformes qui s'opèrent, par surcroît dans un contexte financier souvent contraint. Pourtant la répétition d'actes de violences impacte la qualité de la prise en charge et le bon fonctionnement des établissements.

Le défi pour un directeur est de faire comprendre que désormais la sûreté n'est plus l'apanage d'une équipe dédiée, d'une sorte de police interne et que la course à l'équipement n'aura jamais les effets escomptés. La réduction de la violence passera par la modification des comportements de chacun et par la vigilance de tous.

Dès lors comment insuffler une culture de sûreté à l'hôpital public ? quels sont les leviers managériaux et organisationnels que peut utiliser un directeur d'hôpital pour insuffler une culture de sûreté à l'hôpital ?

Ce mémoire s'appuie sur l'exemple particulier du CHR d'Orléans. C'est un établissement récent puisque les derniers services ont emménagé dans le nouvel hôpital fin 2015. Il a été construit en tenant compte de la réglementation récente en matière de sûreté et possède tous les équipements de sécurité nécessaires. Pour autant, le CHR d'Orléans

est tout autant confronté à des actes de violence et de malveillance que d'autres hôpitaux plus anciens, ce qui laisse à penser que l'architecture et la technique ne peuvent suffire à réduire la fréquence de ces actes au sein de l'établissement et qu'il est donc nécessaire de faire un travail de pédagogie auprès de l'ensemble du personnel afin d'insuffler une culture de sûreté au sein de l'établissement.

Face à la fin de la sanctuarisation des hôpitaux (I) et aux limites de solutions mises en œuvre jusqu'alors (II), une culture de sûreté venant temporiser la bienveillance et l'empathie naturelle des soignants apparaît nécessaire (III).

Pour construire ce mémoire, de nombreux professionnels ont été consultés, tant au sein de l'établissement (personnel soignant, équipe de sécurité-sûreté, équipe technique, cellule juridique, cellule de gestion des risques, cellule de formation) qu'au niveau régional (la responsable de la cellule de préparation à la gestion de situations exceptionnelles de l'ARS Centre Val de Loire) et national (le directeur de l'observatoire des violences en milieu de santé). Par ailleurs, d'autres établissements ayant construit des projets de service visant à insuffler une culture de sûreté dans leur établissement ont été contactés.

# 1 La fin de la sanctuarisation de l'hôpital

## 1.1 Une progression constante des cas de dommages aux personnes et aux biens

Pour gérer la violence et la malveillance en établissement de santé, il convient au préalable de disposer d'une cartographie assez précise des faits et des lieux où ces actes sont commis. Cette cartographie est indispensable pour identifier le profil des auteurs, les causes supposées ou avérées et cibler les actions à mettre en œuvre. Que ce soit à l'échelle du CHR d'Orléans ou à l'échelle nationale, le constat est le même, les faits de violences qui sont recensés augmentent.

**Au CHR d'Orléans**, on peut analyser l'évolution des cas de violences et de malveillance au cours de ces dernières années par l'étude des fiches d'événements indésirables (FEI) relatives aux atteintes aux personnes et aux biens. En 2015, ces FEI étaient au nombre de 301, soit 7% du nombre total de FEI. En 2017, elles étaient de 381, soit 11,8% du nombre total de FEI. Pour 2018, à fin juin, 140 FEI concernaient des situations de violence et six dépôts de plainte avaient déjà été réalisés.

### Fiches d'événements indésirables- Thématiques des signalements

	2015	2016	2017
Violences verbales	46	98	104
Violences physiques	27	92	119
Vandalisme/Dégradation	28	35	30
Vol/Perte de matériel	24	18	58
Non respect du règlement intérieur	20	21	23

L'analyse des cas recensés a fait ressortir deux éléments : une augmentation des vols probablement due à l'attrait d'un bâtiment neuf et à l'acquisition de nouveaux matériels et une augmentation des atteintes aux personnes du fait de l'augmentation de la fréquentation.

La majorité des cas de violence sont dues à des troubles cognitifs, des addictions et au non-respect du règlement intérieur concernant les horaires de visite. Ils sont également dus à une exigence accrue des patients et de leurs familles refusant que des soins soient prodigués par une infirmière (IDE) identifiée ou par du personnel féminin. Les

accompagnant adoptent parfois des comportements totalement inappropriés comme filmer l'identité du personnel des urgences pour le diffuser sur les réseaux sociaux ou filmer en salle de naissance en mentionnant le nom des parturientes présentes.

Les services les plus concernés sont le pôle personnes âgées, le pôle médecine à fortes consultations (dont la médecine gériatrique, l'endocrinologie, la diabétologie, le SSR), le pôle métiers de l'urgence et le pôle femme enfants (annexe n°2). Dans une moindre mesure, cette violence concerne aussi le personnel administratif (accueil, standard, admissions...). Le CHR d'Orléans ne possède pas de service de psychiatrie, ainsi les violences liées à une pathologie psychiatrique, si elles existent, sont diffusées au sein de l'établissement.

Cette analyse ne reflète pas de façon exhaustive les violences rencontrées par le personnel de l'établissement car un certain nombre d'agents ne fait pas de FEI estimant que cela n'est pas nécessaires, que cela ne sert à rien ou n'étant pas familiarisés avec le système de déclaration. Ainsi, à titre d'exemple, les personnes interrogées au sein de l'équipe de nuit des urgences ont toutes déclarées ne jamais faire de FEI au motif que les violences verbales sont quotidiennes et les violences physiques régulières et que faire des FEI systématiquement prendrait trop de temps. Les échanges avec ces personnes ont fait ressortir une certaine accoutumance du personnel à ces violences verbales qu'elles déclarent être directement liées à l'état des patients (troubles cognitifs, alcoolisation) et qu'elles ne considèrent pas en tant que tel comme des violences volontaires à leur égard.

Pour être pertinente, cette analyse doit être comparée à l'analyse nationale des atteintes aux personnes et aux biens.

**Au niveau national,** le recensement des atteintes aux personnes et aux biens, dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux publics et privés ainsi que la médecine de ville est l'une des missions de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). Ce recensement est aujourd'hui le principal moyen de centraliser les situations locales et de faire évoluer les politiques publiques en fonction des réalités vécues sur le terrain. Cet observatoire a été créé en 2005<sup>6</sup> et fait suite au groupe de travail interministériel mis en place dès 1999<sup>7</sup>. Outre le recensement des actes, l'observatoire a pour mission de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs du

---

<sup>6</sup> Circulaire DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique;

<sup>7</sup> Circulaire DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence

système de santé visant à garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés.

Le signalement des actes de violence par les établissements de santé est issu des préconisations formulées par l'IGAS dans son rapport de 2001<sup>8</sup>. Il se fait sur la base du volontariat. Ainsi, par manque de temps, de personnel ou par peur de la stigmatisation, beaucoup d'établissements n'ont pas encore intégré la déclaration systématique des atteintes aux personnes et aux biens dans leur fonctionnement de routine et seuls 7,71% des établissements<sup>9</sup> ont signalé des événements en 2017. Cela représente toutefois une augmentation de 23,8%<sup>10</sup> par rapport à 2016, signe que la violence en établissement de santé devient progressivement un sujet de préoccupation. Le CHR d'Orléans a interrompu les déclarations à l'ONVS pendant deux ans, ces déclarations sont de nouveau faite depuis janvier 2018, notamment avec l'arrivée du nouveau responsable de l'équipe sécurité-sûreté. Bien que le recensement des violences à l'échelle du territoire ne soit pas exhaustif, le directeur de l'ONVS précise que « l'image n'est pas fautive dans les proportionnalités ».

L'ONVS édite un rapport annuel des violences recensées au niveau national. En 2017, 22 048<sup>11</sup> signalements ont été recensés avec une augmentation de 25,3% par rapport à 2016. Dans 81% des cas, les signalements concernent des atteintes aux personnes, le reste des signalements étant des atteintes aux biens. Cette proportion démontre l'impact que peut avoir la montée de la violence en établissement, y compris les violences verbales qui peuvent avoir les mêmes effets délétères que les violences physiques. Par comparaison, au CHR d'Orléans, les atteintes aux personnes représentent 67% des cas de violences sur la même année.

S'agissant des auteurs de violence, dans 71% des cas, ce sont des patients, avec ou sans troubles psychiques ou neuropsychiques (TPN). Dans 20% des cas ce sont des visiteurs et dans 3% des cas, des membres du personnels. Au CHR d'Orléans, l'analyse des situations de violence n'est pas encore assez fine pour obtenir des pourcentages précis mais on peut d'ores et déjà constater que les profils des auteurs de violences sont similaires.

---

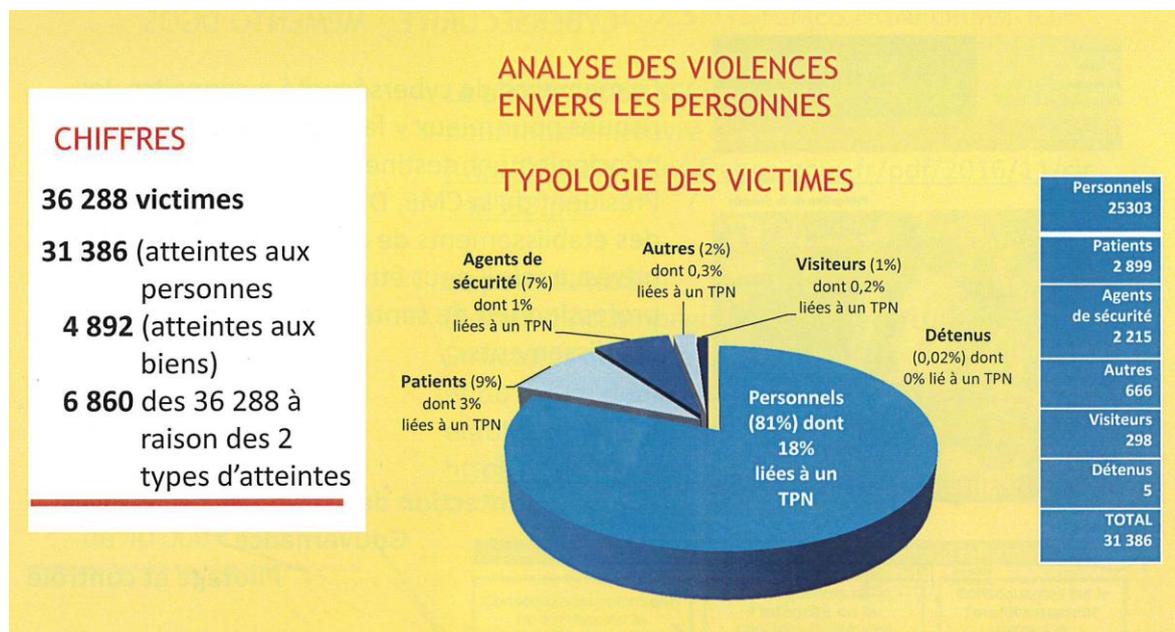
<sup>8</sup> Rapport IGAS n° 2001.110 – Rapport sur les violences subies par les professionnels de santé – Georges Costargent et Michel Vernerey

<sup>9</sup> Rapport ONVS 2018

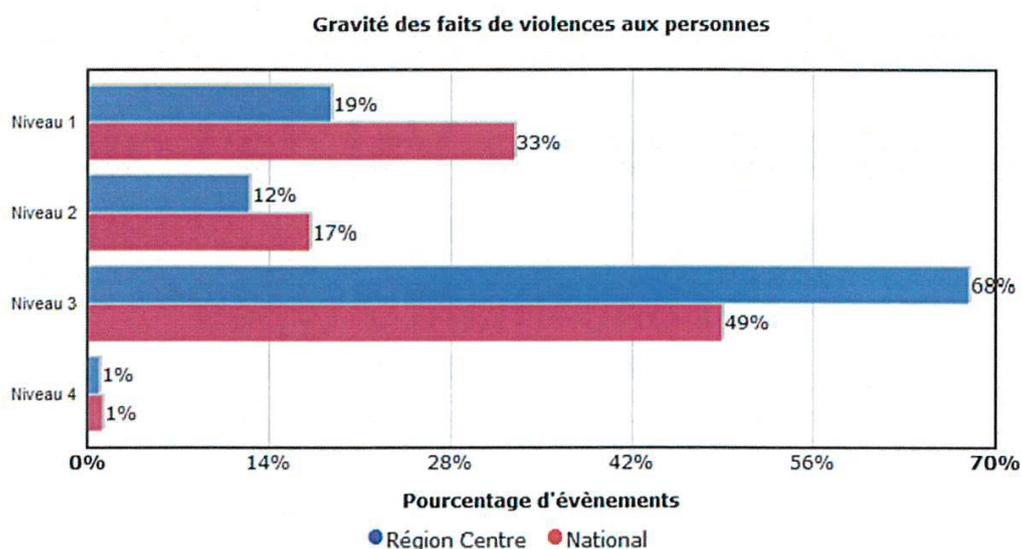
<sup>10</sup> Idem

<sup>11</sup> Idem

S'agissant des victimes d'agression, dans 94% des cas des personnels de santé (46% d'IDE, 45% autres personnels soignants et 10% de médecins) ce qui peut directement impacter l'organisation des services de soins et par conséquent la qualité des soins.



Les atteintes aux personnes sont classées selon quatre niveaux :



Niveau 1 : injures, insultes et provocations sans menaces, consommation ou trafic de substances illicites ou prohibés

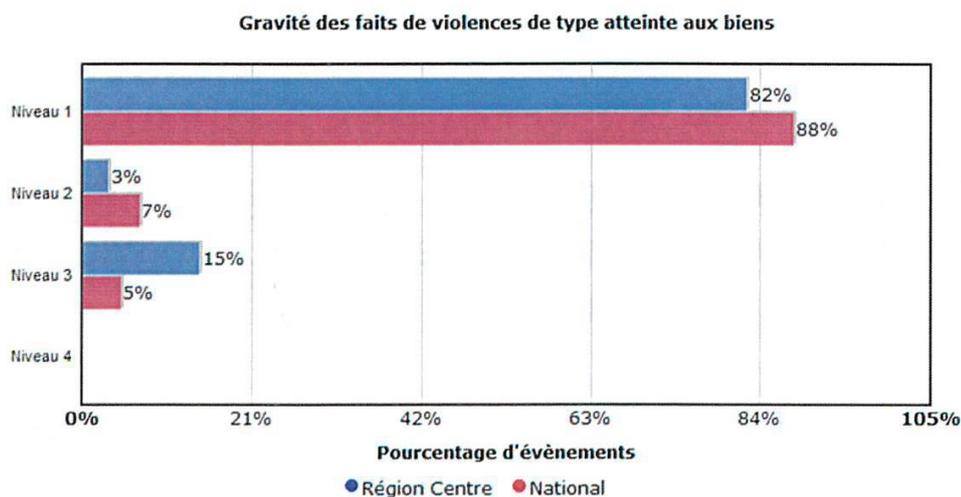
Niveau 2 : Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes

Niveau 3 : Violences volontaires, menaces avec armes, agression sexuelle

Niveau 4 : Violences avec arme, viols et faits qualifiés de crime.

On peut observer que la région Centre Val de Loire est largement concernée par les violences physiques faites aux personnes.

S'agissant des atteintes aux biens, elles concernent à 43% des vols sans effraction, à 28% des dégradations légères et à 12% des dégradations lourdes.



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

Niveau 2 : Vols avec effraction

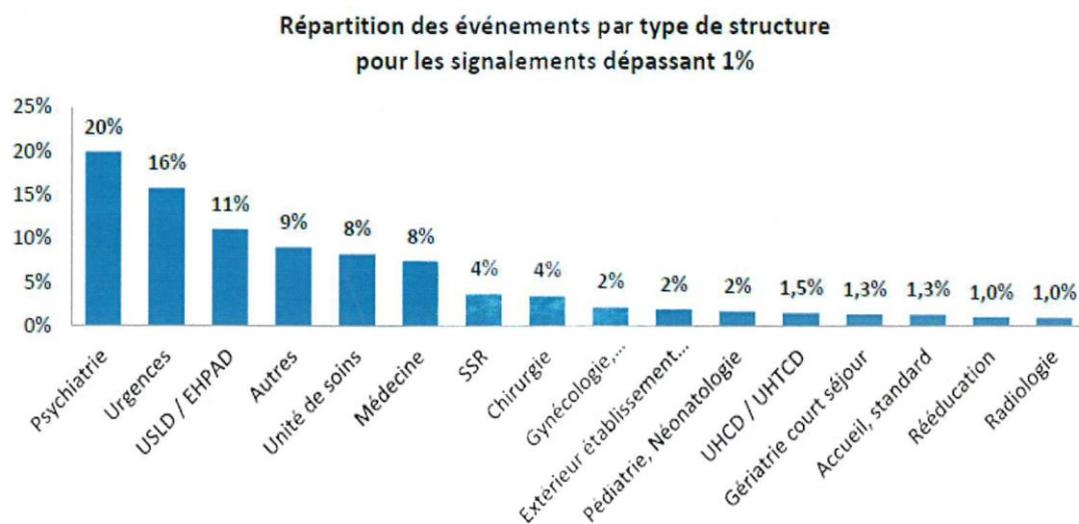
Niveau 3 : Dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale, etc.), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée et/ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil, etc.)

La région Centre Val de Loire est largement concernée par les vols avec ou sans effraction ce qui suppose une plus grande vigilance visant à réduire les intrusions.

Sur les 22 048 évènements signalés, 181 ont débouché sur une plainte, 29 ont donné lieu à des peines d'emprisonnement, 7 à des amendes et 4 rappels à la Loi. La part d'intervention des forces de l'ordre dans les situations recensées par l'ONVS est relativement peu élevée, ce qui signifie que dans la très grande majorité des cas, les situations de violence sont résolues en interne, par le personnel soignant lui-même. Ainsi, l'action des établissements de santé pour infléchir l'augmentation de la violence en établissement doit se concentrer sur les professionnels de santé en leur fournissant les outils nécessaires pour mieux anticiper les risques de violence et mieux les appréhender.

Les violences étant en partie dues au profil des patients, elles se répartissent inégalement dans les services de soins. Ainsi, 20% des violences ont lieu en psychiatrie, 16% aux

urgences et 11% en USLD ou EHPAD. Une action efficace doit prioritairement cibler les services les plus concernés.



Le rapport 2018 a classé les violences par motifs : reproche relatif à une prise en charge (impatience, incompréhension, non-respect de la prescription médicale, comportement incivique, défaut de prise en charge reproché aux soignants...), temps d'attente jugé excessif, alcoolisation, refus de prescription, règlement de compte, diagnostic non accepté, drogue (livraison de stupéfiants à un patient...), suicide. Ce sont sur ces motifs qu'il convient de travailler en premier lieu.

Signe d'une prise de conscience progressive de la fin de la sanctuarisation des établissements de santé, **les médias** font régulièrement écho de la violence rencontrée en établissement de santé. Parfois les événements ont un retentissement national comme le patient du CHU du Caen, en mars 2018 s'étant présenté aux urgences, armé et proférant des menaces à caractère djihadiste avant de monter dans les étages de l'établissement obligeant les forces de l'ordre à déployer des moyens conséquents, ou les deux internes ayant été blessés par balle dans l'enceinte même de l'AP-HM en août 2018. La presse rapporte aussi des événements plus locaux comme ce médecin aux mains brisées par un accompagnant au CH de Saint-Denis<sup>12</sup> ou ce patient ayant agressé le personnel soignant du CH de Gonesse<sup>13</sup> amenant le procureur de la République à rappeler que « L'enceinte de l'hôpital, comme un palais de justice, est sacré au sens républicain du terme ».

<sup>12</sup> Article le parisien – 16 septembre 2016 – Gwenaél Bourdon – Un médecin violemment agressé aux urgences de l'hôpital de Saint-Denis

<sup>13</sup> Article le parisien – 16 janvier 2018 – Frédéric Naizot – Condamné pour son explosion de violence à l'hôpital de Gonesse.

Elle relate également les cas de vols, notamment d'échographes revendus à l'étranger<sup>14</sup>, parfois au sein de filières très organisées et démantelées en partie grâce au recensement national qui permet de croiser les données<sup>15</sup>.

L'analyse de la presse permet également de comparer la situation de la France par rapport aux autres pays européens. Ainsi, en Italie par exemple, la violence affecte 72% des médecins et infirmiers dans le sud du pays et des cours d'auto défense sont dispensés dans les établissements de santé. A Palerme le personnel réclame la protection de l'armée<sup>16</sup>. Cette comparaison conforte le fait que la violence est en partie due aux évolutions sociétales et n'est pas une spécificité des hôpitaux français.

Cet écho dans les médias n'est pas sans impact sur l'image que les établissements publics de santé peuvent renvoyer à la population locale, ce qui peut potentiellement influencer négativement l'activité d'un établissement.

## **1.2 L'impact pour les établissements de santé**

Les impacts des atteintes aux personnes et aux biens pour les établissements de santé ne sont pas réellement mesurés car il est complexe de mener une étude exhaustive. En effets, les établissements sont impactés de façon plus ou moins directe par l'augmentation des actes de malveillance et violence.

Certaines conséquences des actes de malveillance et violence sont facilement identifiables : arrêts de travail, accompagnement juridique (incluant le dépôt de plainte sur le temps de travail, l'accompagnement par un juriste et les frais de justice), frais relatifs à la réparation du matériel dégradé ou au remplacement du matériel volé.

Au CHR d'Orléans, en 2017, deux accidents du travail ont directement été liés à des cas de violence, une aide-soignante blessée par un patient en posant une contention à un patient agressif et une Infirmière (IDE) intervenue à la suite d'une agression entre patients. Depuis le début de l'année 2018, sept accidents du travail sont dus à une agression physique dont certains allant jusqu'à 26 jours d'arrêts. Un patient violent a entraîné à lui seul des accidents de travail pour trois agents. D'une part, ces accidents du travail ont des retentissements directs sur l'organisation du travail, d'autre part, ils entraînent la prise en charge par l'établissement, ou l'organisme d'assurance avec lequel

---

<sup>14</sup> Journal le figaro – publié le 14/11/2017 – auteur Guillaume Souvant – Le vol, ce fléau qui frappe massivement les hôpitaux

<sup>15</sup> Article figaro – publié le 7/04/2016 – Amaury Perrachon – Les milieux sportif, médical, agricole visés par les vols de matériel de pointe

<sup>16</sup> Journal les échos – publié le 4/07/2018 – Far West aux urgences en Italie – Olivier Tossier

l'établissement aura contracté, des frais médicaux et de la rémunération pendant la durée de l'absence des agents victimes.

Les effets de la violence sont également indirects, ils impactent l'organisation des services qui doivent parfois consacrer du temps à gérer une situation de violence au détriment du temps passer auprès des autres patients, palier à l'absence d'un collègue ou à sa mutation précipitée dans un autre services. Ces désorganisations influencent la qualité des soins mais aussi la qualité de vie au travail par l'augmentation des risques psychosociaux. Sur le long terme, le sentiment d'insécurité peut entraîner une moindre implication des professionnels de santé et de manière plus générale, un moindre attrait pour les professions de santé et pour l'hôpital public.

Enfin, un établissement qui met en œuvre des moyens de sécurisation peut négocier une baisse des primes d'assurance, ce qu'il ne pourra pas faire si les dommages aux personnes et aux biens augmentent de façon constante.

Depuis 2017, dans le cadre du COPERMO<sup>17</sup>, l'instruction des projets qui lui sont soumis prend en considération les principes retenus en matière de sûreté dans son évaluation incluant les risques malveillants, englobant les incivilités, le vandalisme, la délinquance et la criminalité mais aussi le risque terroriste ainsi que les mesures envisagées pour prévenir et réduire les risques envisagés.

### **1.3 L'instauration progressive d'une politique publique de sécurisation des établissements de santé**

#### **1.3.1 Des règles anciennes participant à cette politique de sécurisation**

##### **Les pouvoir de police du directeur :**

Depuis longtemps, le directeur est titulaire du pouvoir de police au sein de son établissement. Il n'existe pas de texte d'ordre général en ce sens, toutefois l'article L.6143-7 du Code de la Santé Publique définit les compétences du directeur et dispose que « le directeur conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement ». A ce titre, le directeur est garant de la police générale de l'établissement.

---

<sup>17</sup> Fiche « rapport d'évaluation socio-économique du projet » de l'outil d'évaluation de la performance utilisé par le COPERMO

S'agissant des cas de violence et de trouble à la tranquillité des patients, le directeur est autorisé à prendre toutes les mesures appropriées, y compris de prononcer la sortie d'un patient qui, dûment averti, causerait des désordres persistants<sup>18</sup>. De même, il peut exclure un visiteur troublant le repos des malades ou gênant le fonctionnement des services<sup>19</sup> et lui interdire les visites. S'agissant des dégradations commises sciemment par un patient, elles peuvent entraîner la sortie du malade<sup>20</sup>, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés.

De manière générale, ces dispositions, bien qu'anciennes, ne sont que rarement appliquées. En effet, la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme garantie le respect de la vie privée et familiales, ainsi toute mesure allant à cet encontre doit rester proportionnée au but recherché. Ces dispositions ne peuvent donc s'appliquer que dans les situations les plus graves et suffisamment longues pour permettre au directeur de se saisir de la question.

Le règlement intérieur du CHR d'Orléans quant à lui, précise que le directeur général prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des malades et des personnes fréquentant l'hôpital<sup>21</sup>.

### **L'aggravation des peines en cas d'agression à l'égard des professionnels de santé :**

Le Code Pénal précise que les peines encourues en cas de violence à l'encontre d'un professionnel de santé dans l'exercice de ses fonctions sont aggravées<sup>22</sup>, de même pour la menace de commettre un crime ou un délit à l'encontre de cette même catégorie de personnel<sup>23</sup>. Bien qu'appliquées, ces dispositions ne suffisent pas à enrayer la violence à l'égard des professionnels de santé. De plus, une part importante des atteintes aux personnes sont dues à des troubles psychiques ou neuropsychiques ce qui est de nature à rendre le patient irresponsable pénalement.

### **La protection fonctionnelle de l'employeur public à l'égard des agents**

Pour accompagner au mieux les victimes de violence, les établissements de santé ont une obligation de protection fonctionnelle à l'égard de leurs agents, à la fois quand ils sont victimes à l'occasion de leurs fonctions mais aussi quand leur responsabilité est mise en

---

<sup>18</sup> Article R 1112-49 Code de la Santé Publique

<sup>19</sup> Article R 1112-47 Code de la Santé Publique

<sup>20</sup> Article R 1112-50 Code de la Santé Publique

<sup>21</sup> Article 54 du règlement intérieur du CHR d'Orléans

<sup>22</sup> Article 222-13 du Code Pénal

<sup>23</sup> Article 433-3 du Code Pénal

cause à l'occasion de faits commis dans l'exercice de leurs fonctions<sup>24</sup>. Le champ d'application de cette protection est très large car elle s'applique aux agents titulaires ou contractuels, aux agents de droit privé et enfin aux collaborateurs occasionnels du service public.

### **1.3.2 L'émergence d'une réglementation dédiée à la sécurisation des établissements recevant du public**

La réglementation a progressivement évolué pour tenir compte de la montée de la violence et des actes de malveillance dans des institutions auparavant épargnées.

Depuis 2007, **une étude de sûreté et de sécurité publique (ESSP)** doit être déposée à l'appui du permis de construire<sup>25</sup> pour la construction d'un établissement recevant du public (ERP) de première catégorie<sup>26</sup> dans une agglomération de plus de 100 000 habitants. Cette étude consiste à identifier les risques et menaces liées à l'aménagement (façades avec recoins, éclairage, risques d'intrusions), les points de vulnérabilité et les mesures retenues pour palier à ces failles. L'objectif étant de prévenir les actes de malveillance dès l'origine de tout projet, y compris le risque terroriste, en tenant compte de l'environnement du projet, notamment du contexte social et urbain. Le permis de construire du nouvel hôpital d'Orléans ayant été déposé après 2007, une ESSP a été réalisée avec les acteurs locaux, notamment la ville d'Orléans, la police municipale, les services de transport, les services du département et la police nationale.

Cette étude doit se coordonner avec **le plan Vigipirate** consolidé en 2016. Actuellement, l'ensemble du territoire est placé en niveau 2 « sécurité renforcée risque attentat » sur trois niveaux. Ce qui signifie que les mesures de sécurité permanentes sont renforcées par des mesures additionnelles sans limite de temps définie. A l'image de l'ESSP, la mise en œuvre du plan Vigipirate repose sur la combinaison de trois principes : évaluer la menace, connaître les vulnérabilités et déterminer un dispositif de sécurité. Le rôle de ce plan est d'associer tous les acteurs (services de l'Etat, collectivités territoriales, opérateurs publics et privés, citoyens) et d'insuffler une culture de vigilance afin de permettre une réaction rapide et coordonnée en cas de menace caractérisée. C'est ce qu'il convient de transposer en établissement.

---

<sup>24</sup> Article 11 de la Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 « *Les fonctionnaires et les agents non titulaires ont droit à une protection et le cas échéant à une réparation lorsqu'ils ont fait l'objet, à l'occasion de leurs fonctions, de menaces, d'outrages, de voies de fait, d'injures ou de diffamation, ils ont le droit à une protection, dans certaines circonstances, en cas de poursuites pénales et civiles engagées par un tiers pour faute de service* ».

<sup>25</sup> Article R111-48 Code de l'Urbanisme

<sup>26</sup> Article R123-19 Code de l'Urbanisme

Pour les établissements de santé spécifiquement, d'autres outils visant à cette même coordination sont prévus.

### **1.3.3 Une réglementation propre aux établissements de santé**

Les établissements de santé ne sont pas des établissements recevant du public (ERP) comme les autres. De fait, une partie des patients étant hospitalisée, ils reçoivent du public 24h/24 et 7 jours sur 7. En outre, ils doivent rester facilement accessibles à toute heure du jour et de la nuit, du moins pour le service des urgences.

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'ONVS encouragent les établissements de santé à développer leur politique de lutte contre les atteintes aux personnes et aux biens selon trois niveaux de prévention :

- La prévention primaire (mesures de dissuasion) : prévenir la violence avant qu'elle ne se manifeste en agissant sur l'environnement et l'organisation ;
- La prévention secondaire (mesures de réaction) : prendre des mesures immédiates à la violence et former à la gestion des situations conflictuelles ;
- La prévention tertiaire (mesures de suivi) : se concentrer sur la prise en charge, l'accompagnement et les soins sur la durée après un acte violent.

Par ailleurs, le ministère de la santé et des solidarités, en partenariat avec le ministère de l'intérieur, a élaboré un plan d'actions visant à renforcer la sécurisation des établissements de santé afin de protéger contre les violences au quotidien et contre la menace terroriste<sup>27</sup>. Ce plan s'articule autour de deux documents majeurs, le plan de sécurisation des établissements (PSE) et la convention « santé-sécurité-justice ».

**Le Plan de sécurisation des Etablissements (PSE)**<sup>28</sup>, a pour objectif d'identifier les risques et menaces propre à chaque établissement en fonction de sa localisation, de son historique et des risques proches, ainsi que leur probabilité de survenue et les mesures envisagées pour prévenir ces risques. Ces mesures doivent être cohérentes avec les enjeux de l'établissement et les ressources qu'il peut consacrer à la sûreté. Elles doivent induire un plan d'action pluriannuel comportant à la fois des mesures de prévention (formation, sensibilisation...) et de protection (contrôles d'accès, clôtures...). Bien sûr ce plan doit être cohérent avec les directives nationales de sécurité, le plan Vigipirate, le plan blanc et le plan de continuité d'activité et inclure un volet de gestion de crise traitant de

---

<sup>27</sup> Décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé et Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

<sup>28</sup> Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

mesures particulières et immédiates de sécurité en cas de survenance d'un attentat ou de sur-attentat. Ce plan devait être rédigé par chaque établissement de santé pour la fin du premier semestre 2017 et sa diffusion doit évidemment rester limitée. Des exercices annuels de mise en œuvre devront être effectués pour tester le dispositif élaboré et favoriser son appropriation progressive par le personnel.

Au CHR d'Orléans, la rédaction de ce plan en 2017 a permis de faire une première analyse de l'évolution des cas de violence et malveillance suite à l'ouverture du nouvel établissement. Dans cette démarche, le CHR s'est fait accompagner du référent sécurité de la gendarmerie et de la direction départemental de la sécurité publique. En effet, le rôle de ce plan est aussi de tisser un réseau local avec les services institutionnels spécialistes des questions de violence et de malveillance.

**Les conventions « santé-sécurité-justice »**<sup>29</sup> visent à assurer une démarche commune et formalisée entre les établissements de santé, les forces de sécurité et les représentants du ministère de la justice en s'adaptant aux spécificités locales. Les établissements publics de santé n'ont pas l'obligation réglementaire d'établir ces conventions mais y sont fortement encouragés. Ces conventions doivent comprendre la coordination de l'action de protagonistes dans le domaine de la sécurité, les procédures d'information de l'autorité judiciaire, notamment du procureur de la République, les modalités d'intervention des forces de sécurité ainsi que les modalités du renforcement de l'action des établissements en cas de crise et les procédures d'information et de sensibilisation des personnels hospitaliers à la prévention et à la gestion des conflits en milieu de santé. Certains établissements rencontrent parfois des difficultés avec ce type de convention, notamment avec la justice arguant parfois que ces conventions n'ont pas d'utilité car elles ne font que retranscrire des procédures existantes.

S'agissant du CHR d'Orléans, le renouvellement de cette convention est en cours. La cour d'appel a souhaité rédiger un modèle de convention unique pour les trois des six départements de la région Centre Val de Loire où la convention doit être renouvelée, avec pour objectif de ne signer qu'une seule convention par département liant les établissements de santé de niveaux 1 et 2<sup>30</sup>, les procureurs de la République et les forces de sécurité intérieure (police/gendarmerie). Pour être opérationnelle, cette future

---

<sup>29</sup> Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

<sup>30</sup> Guide d'aide à l'élaboration d'un PSE – DGOS – Avril 2007 : Les établissements de niveau 1 sont les établissements ayant un rôle incontournable dans la prise en charge des patients (bloc opératoire, régulation SAMU), les établissements de niveau 2 sont ceux ayant un service d'urgence, les établissements de niveau 3 sont les ex hôpitaux locaux et les établissements de niveau 4 sont les services de soins de suite et réadaptation (SSR).

convention sera inspirée de la convention « santé-sécurité-justice » signée par le CHU de Montpellier. A savoir un accord cadre qui définit les éléments de contexte, les interlocuteurs et les modalités d'évaluation annuels permettant d'identifier les dysfonctionnements à corriger auquel s'ajoute un ensemble de fiches action définissant la conduite à tenir dans des conditions identifiées comme fréquentes, problématiques ou nécessitant une coordination particulièrement importante.<sup>31</sup>

Formaliser les relations dans une convention n'est pas suffisant, encore faut-il créer des relations régulières et informelles avec les acteurs locaux afin de mieux connaître ses interlocuteurs et échanger au mieux sur les attentes et contraintes de chacun. Ainsi, l'équipe administrative du CHR d'Orléans développe continuellement des relations informelles avec les différents acteurs locaux. La direction rencontre régulièrement le procureur de la République, lui communique périodiquement les FEI liées à des actes de violence et lui transmet sans délai les menaces de mort et discours d'apologie du terrorisme. De son côté, l'équipe juridique a construit des relations avec le commissariat, notamment dans le cadre des dépôts de plaintes. Enfin, le responsable de la sécurité, arrivé il y a quelques mois dans l'établissement, rencontre progressivement ses différents interlocuteurs potentiels.

L'enjeu de ces nouvelles réglementations est de donner de grandes orientations pour des mesures qui doivent se construire pour l'essentiel au niveau local.

#### **1.4 Une politique de sécurisation relayée par les ARS**

Au niveau régional, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont pour mission de porter la politique nationale en matière de sécurisation des établissements de santé<sup>32</sup>. En région Centre Val de Loire, l'ARS a mis en place un groupe d'appui technique où sont conviés tous les établissements de santé publics et privés ainsi que les acteurs de la sécurité de la région. Il a vocation à capitaliser et mutualiser les actions en faveur de la sécurisation des établissements de santé. Chaque réunion du groupe permet de faire un point d'actualité et un point d'avancement du plan d'action interministériel de sécurisation des établissements de santé tel que décrit dans l'instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016. Il est aussi l'occasion de partager les expériences menées dans les différents établissements de santé.

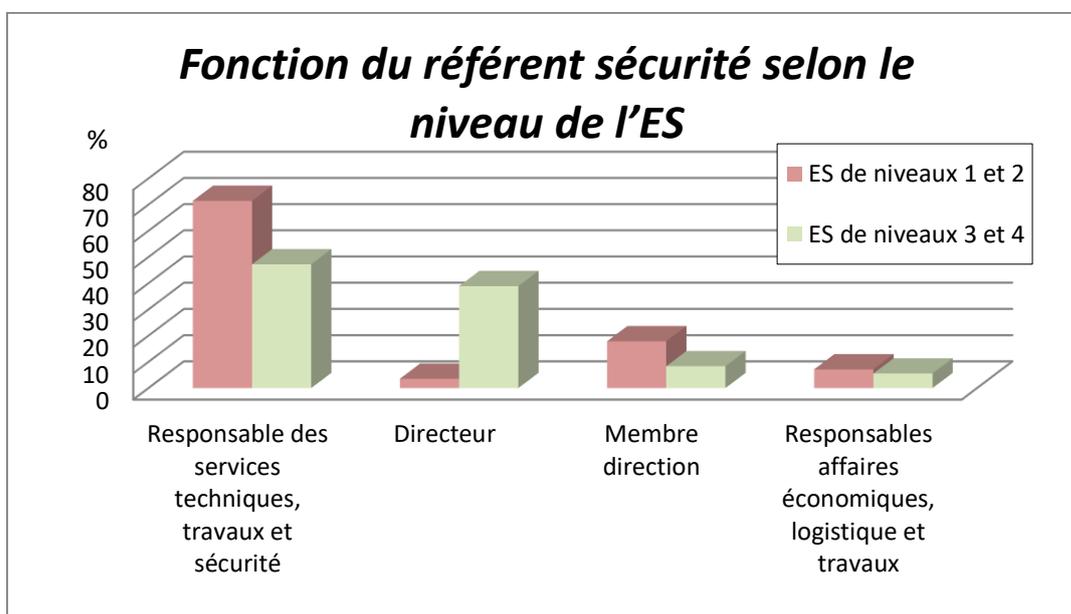
---

<sup>31</sup> Du type décès suspect en milieu hospitalier, prise en charge des mineurs en danger, vols et dégradations, dépôt de plainte, découverte de colis suspect....

<sup>32</sup> Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

Ce groupe permet également de faire un point sur les critères d'attribution de financement dans le cadre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et sur les crédits déjà attribués. De fait, le plan interministériel de sécurisation s'accompagne d'un abondement spécifique de 25 millions d'euros par an durant trois ans. Pour 2018, l'ARS Centre Val de Loire dispose d'un million d'euros. Cette aide financière s'ajoute à d'autres modalités de financement telles que les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) en matière de santé et sécurité au travail pouvant financer du matériel ou de la formation et au fonds interministériel de prévention de la délinquance (FIPD) pour la vidéosurveillance.

Pour attribuer ces fonds, l'ARS s'appuie notamment sur l'enquête de sécurisation des établissements de santé qu'elle a menée dans la région en 2017 pour établir un état des lieux puis en 2018 pour cibler les problématiques sur lesquelles agir. Dans la région, 86% des établissements ont répondu, ce qui démontre que les établissements de santé s'investissent dans la sécurisation, d'ailleurs 83% d'entre eux ont désignés un référent sécurité. La fonction du référent varie en fonction des moyens dont dispose l'établissement et des appétences pour les questions de sûreté existantes au sein de l'établissement.



On observe une certaine dynamique des établissements de santé de la région Centre Val de Loire sur cette question de la sécurisation puisqu'en 2018, 96% d'entre eux ont pris des mesures de sécurisation et 78% d'entre eux envisagent de mettre en place de nouvelles mesures. De plus, 72,5% des établissements répondant ont rédigé au moins une procédure de sécurité et environ un quart ont fait des exercices portant sur la sécurité. Cette politique est nouvelle et progresse lentement.

L'ARS participe à créer du lien et construire un réseau de professionnel en diffusant la liste précise des établissements de santé aux préfets pour une diffusion aux forces de sécurité intérieure afin de les intégrer dans les patrouilles de Vigipirate et ainsi accentuer la prévention et la réactivité en cas de situation exceptionnelle. Son action se concentre pour l'essentiel sur les établissements de niveau 1 et 2 car il est illusoire de vouloir sécuriser tous les établissements de façon identique, les moyens financiers ne le permettent pas et les forces de sécurité intérieure ne peuvent aller dans tous les établissements au cours de leurs patrouilles.

Pour répondre à ces politiques publiques de sécurisation des établissements et pour prévenir au mieux les situations de violence, la construction du nouvel hôpital d'Orléans fut l'occasion de mettre en œuvre un certain nombre de recommandations et d'installations techniques.

## **2 Les limites des solutions mises en œuvre au CHR d'Orléans**

### **2.1 Le contexte local**

Le CHR d'Orléans présente la particularité d'être un établissement récent puisque les derniers services ont emménagé fin 2015. Il est le résultat d'un investissement de 700 millions d'euros. Il emploie 5300 personnes et comprend 1200 lits d'hospitalisation. En 2017, le CHR d'Orléans comptait en moyenne 312 passages aux urgences par jour et une augmentation de l'activité globale de 7% par rapport à 2016. Cet établissement a été construit sur un modèle architectural d'ouverture sur l'extérieur puisqu'il ne compte pas moins de 78 portes sur l'extérieur. Le bâtiment, qui comprend les parkings réservés au public en sous-sol, s'étend sur 205 000 mètres carrés et mesure 800 mètres de long. Il est organisé en six bâtiments correspondant à des pôles d'activités (médecines à fortes consultations, médecines interventionnelles, chirurgie et réanimation adulte, femme-enfant, métiers de l'urgence) auxquels s'ajoutent des activités médico-techniques : laboratoire et biologie, imagerie médicale et pharmacovigilance. Ces pôles sont organisés verticalement (au niveau 0 : accueil et consultations, niveau 1 hôpitaux de jour, niveau 2 à 4 : hébergements) et horizontalement par des liaisons interpôles via une rue hospitalière pour les patients et les visiteurs et une rue médicale pour le personnel. Dans le même projet, la pharmacie et le pôle logistique préexistant ont été étendus.

Comme mentionné précédemment, le permis de construire du nouvel établissement a été déposé après 2007, il a donc été construit sur la base d'une étude de sûreté et de

sécurité publique. Ce nouvel établissement est situé en périphérie, à une dizaine de kilomètres au sud de la ville, dans une zone intégrant des entreprises, une zone pavillonnaire, une zone urbaine sensible (ZUS) et un campus universitaire. L'étude montre que l'hôpital semble plutôt épargné par les faits de délinquance, du fait de représentations supposées selon lesquelles « il ne doit rien avoir d'intéressant à voler à l'hôpital<sup>33</sup> » et une volonté de sauvegarder un service public qui rend service à la population vivant à proximité.

Cette étude identifie des cas de violence liés au temps d'attente, à la demande d'une pièce d'identité pour constituer le dossier médical, une surveillance humaine disparate (bureaux et salles de soins inoccupés laissés grands ouverts), des résistances à respecter des mesures de sûreté notamment à l'occasion des pauses fumeurs faites par des accès extérieurs non prévus à cet effet et des accès pas systématiquement ou pas convenablement refermés voire des contrôles d'accès volontairement détériorés.

Pour faire face aux risques prévisibles, un ensemble de choix architecturaux ont été prévus : des façades de bâtiment alignées pour limiter les risques d'embuscade, des façades sans relief avec la présence d'un surplomb pour empêcher les intrusions par escalade, une matérialisation claire des différents lieux de cheminements, une signalétique précise pour faciliter les circulations, un éclairage extérieur, l'agencement des espaces verts permettant une excellente visibilité à hauteur d'homme, des baies vitrées en triple épaisseur et fermées pour éviter les intrusions et enfin des organisations spatiales permettant de fermer les zones de jour la nuit afin de limiter les déambulations. Cette nouvelle architecture permet de réduire les potentiels situations de violences pouvant être induite par une luminosité réduite, des locaux dégradés ou encore une mauvaise ergonomie.

Ces choix architecturaux s'accompagnent d'une organisation des flux spécifique. L'accès au bâtiment des usagers ne peut se faire que par l'avant du bâtiment hospitalier. L'arrière du bâtiment n'est accessible qu'aux agents et fournisseurs de l'hôpital. Ils s'accompagnent également d'installations techniques renforçant également la sûreté du bâtiment.

---

<sup>33</sup> ESSP

## 2.2 Les installations techniques

Au-delà de la dimension architecturale, les mesures de prévention des risques professionnels, y compris les risques liés à la sûreté, reposent sur trois grandes familles : la technique, l'organisationnel et l'humain.

L'établissement qui est récent, dispose de nombreuses installations techniques. Toutefois, toutes ces installations ne sont pas utilisées de façon optimale, notamment pour des raisons organisationnelles. Ainsi, la sûreté de l'établissement pourrait être consolidée sans nécessiter un plan d'investissement important.

**La vidéosurveillance** a été largement renforcée puisque l'établissement est désormais équipé d'environ 200 caméras (dômes mobiles, vision de nuit...). Ces caméras sont placées à proximité des principaux points d'accueil, dans les circulations, près des issues de secours et dans le sas qui donne accès au parking. Cependant, l'étude réalisée dans le cadre du PSE, après une mise en activité du bâtiment de deux ans, a montré que certaines caméras pourraient être placées de façon plus pertinente pour visualiser des lieux plus stratégiques et pouvoir mieux identifier des visages. Par ailleurs, ces caméras sont diffusées sur six écrans permettant de visionner près d'une centaine de vues. Ce dispositif de vidéosurveillance pourrait être plus opérationnel par une formation plus approfondie des certains membres de l'équipe de sécurité-sûreté quant à l'exploitation des images, afin de suivre un individu sur plusieurs caméras par exemple, à l'image de ce qui est fait dans certaines villes. Mais cela suppose de financer une formation et de réorganiser l'équipe en dédiant un ou plusieurs membres spécifiquement à la vidéosurveillance.

**De nombreuses installations sous contrôle d'accès** ont également été installées en respectant les trois niveaux de protection : la sûreté périmétrique, la sûreté du bâtiment, puis la sûreté de zones identifiées comme à risque (locaux techniques, logistique, locaux VDI, vestiaires, postes de soins, lieux de stockage, d'archivage...). Depuis l'ouverture, près de 200 portes ont été ajoutées ou déplacées, notamment dans les premiers mois, pour tenir compte de certaines évolutions comme des services déplacés ou des évolutions de pratiques comme le changement de tenue qui n'est plus obligatoire à l'entrée de la réanimation. Entre le matériel, l'installation de câblage, l'interphone associé, la gestion de l'ouverture à distance et la gestion des badges, chaque installation coûte environ 10 000 euros, hors frais de maintenance. Or il est constaté que souvent, ce sont les personnes qui ont demandé l'ajout de portes sous contrôle d'accès qui ne les ferment pas.

De plus, parfois des intrusions se sont traduites par des demandes d'ajout de porte de contrôle d'accès alors que le service est déjà entièrement sous contrôle mais que les portes ne sont tout simplement pas fermées. De même, un certain nombre de bureaux sont équipés de poignées de porte avec digicodes mais les codes ne sont jamais changés ce qui réduit d'autant la sécurité déjà faible de ces poignées à code. L'enjeu n'est donc pas d'ajouter des contrôles supplémentaires mais d'exploiter au mieux les dispositifs existants.

Par ailleurs, un certain nombre de dispositifs ne sont pas utilisés pour les raisons organisationnelles. Ainsi, l'ensemble du site à l'arrière du bâtiment principal devrait être fermé au public et accessible uniquement via des portails et portillons piétons. Mais une part importante du personnel se garant sur les parkings réservés aux patients et visiteurs, le nombre de places destinées aux usagers devient insuffisant ce qui oblige à laisser l'ensemble du site ouvert pour augmenter le nombre de places disponibles à l'intention des usagers. Par ailleurs, la zone logistique (blanchisserie, magasin, fluides médicaux...) peut être entièrement fermée de jour comme de nuit. En effet, cette zone apparaît tout aussi stratégique que le bâtiment principal dans la mesure où des dégradations dans cette zone pourraient entraîner une importante désorganisation. La fermeture de cette zone n'est pas effective pour des raisons d'organisation. De fait, si cette zone est fermée, cela suppose de revoir les organisations et désigner des personnes en charge de répondre aux interphones et ouvrir les barrières (ou portail selon les heures et jours ouverts) or chacun considère que ce n'est pas dans ses attributions et se décharge sur l'équipe de sécurité-sûreté qui n'est pas en nombre suffisant pour assurer la gestion des flux de tout l'établissement. Dans un établissement sous plan de retour à l'équilibre, contraint de supprimer des postes de soignant, il apparaît illusoire de recruter des personnes supplémentaires non directement affectées aux soins.

Ensuite, certains dispositifs ont été dégradés, probablement par le personnel lui-même, comme le portail piéton donnant accès à l'un des parkings du personnel ou les boîtiers d'issue de secours probablement brisés par les fumeurs.

S'ajoute un **conflit de normes** entre les exigences de sécurité incendie, visant à pouvoir sortir facilement et à tout moment du bâtiment et les exigences de sûreté visant au contraire à limiter les ouvertures pour limiter les intrusions. Ainsi l'accès au bâtiment principal ne pourra jamais être totalement hermétique car des boîtiers d'issues de secours permettant de sortir du parking donnent directement accès au bâtiment. La seule solution serait d'obtenir l'autorisation de la commission de sécurité incendie<sup>34</sup> de supprimer ces

---

<sup>34</sup> Articles R123-43 à R123-41 du Code de la Construction et de l'Habitation

boitiers. Sur le même schéma, la porte du hall principale et la porte d'accès du personnel sont munies d'un détecteur de présence coté intérieur du bâtiment permettant d'actionner l'ouverture de la porte à tout moment. Cette installation est destinée à permettre la sortie à tout moment du bâtiment, notamment en cas d'incendie, mais l'ouverture de ces portes permet également les intrusions, notamment à l'occasion des sorties tardives des familles.

Afin de prévenir les vols de matériel, des portiques ont été installés aux issues principales du bâtiment afin de déclencher une alarme si un équipement muni d'un code à barre passe l'un de ces portiques. Le système est opérationnel mais n'est pas mis en œuvre pour des raisons organisationnelles : sur quels équipements apposer ces codes à barre ? qui en assure le suivi ? en cas d'alarme, qui doit intervenir ? ou doivent être positionnés les intervenants potentiels pour être situés à proximité des issues concernés ?

Des installations plus annexes viennent compléter ces équipements techniques comme une détection intrusion via des capteurs de présence positionnés dans certains bâtiments logistiques pour renforcer la sûreté la nuit, l'installation de coffres fort dans toutes les chambres des patients (qui ne sont que rarement utilisés malgré des vols récurrents), l'installation de plusieurs coffres au service des admissions destinés à recevoir les objets de valeurs et l'argent des prestations hôtelières, un système d'alerte (bouton rouge) installé à plusieurs guichets et permettant d'alerter rapidement le service de sécurité. De façon plus indirecte, un logiciel de gestion centralisée des guichets d'accueil permet de gérer au mieux le temps d'attente des usagers en ouvrant et fermant des guichets d'accueil en fonction de l'activité.

## **2.3 Des mesures à caractère organisationnel**

### **2.3.1 Une équipe de sécurité remodelée**

L'équipe actuelle de sécurité-sûreté est composée de 48 agents. Huit agents sont présents sur le site 24h/24 auxquels s'ajoute un maître-chien d'une société prestataire de service présent de 19h à 7h pour des rondes régulières. L'équipe est encadrée par deux chefs d'équipe et le responsable de service. Au quotidien, un agent est affecté à la vidéosurveillance, deux binômes sont repartis sur le bâtiment de manière à pouvoir intervenir en tout point en moins de cinq minutes, un agent mobile est véhiculé et prioritairement affecté à la sûreté et enfin deux agents sont affectés à l'ancien bâtiment dans l'attente de sa déconstruction.

Cette équipe est le fruit d'une évolution, elle recouvre deux équipes pré-existantes : la conciergerie et l'équipe de sécurité. Auparavant, l'équipe de la conciergerie avait pour missions la surveillance physique à l'entrée du site, une ronde de contrôle à l'ouverture et à la fermeture du bâtiment principal et la livraison des poches de sang. Cette équipe était composée d'agents en reclassement professionnel avec parfois une formation insuffisante, une motivation inégale et un certain nombre d'inaptitudes physiques. Quant à l'équipe de sécurité, elle fut créée en 1997 avec pour missions initiales d'assurer la sécurité incendie et le secours à personnes puis à partir de 2005, face à l'augmentation de l'agressivité, des missions de sûreté. Cette seconde équipe était composée d'agents provenant principalement des services techniques et ayant intégré l'équipe de sécurité par mutation interne, puis d'agents contractuels employés sous contrats aidés.

Avec la reconstruction de l'hôpital, la commission de sécurité a accepté que ces deux équipes soient localisées dans un même local plus grand, regroupant ainsi au même endroit les baies de sécurité incendie et les écrans de vidéosurveillance, sans pour autant fusionner les équipes. Ce regroupement constitue une dérogation au règlement général de sécurité pour les bâtiments de type U qui prévoit deux locaux et deux entités différentes<sup>35</sup>. Depuis l'ouverture du nouvel hôpital, les deux équipes ont progressivement fusionnées : en écartant petit à petit les missions n'entrant pas dans le champs et la sécurité-sûreté, en reclassant les agents n'étant pas médicalement aptes à effectuer des missions de sécurité-sûreté et en construisant un socle commun de formation aux missions de sécurité et de sûreté.

En 2018, la totalité de l'équipe possède la double qualification de sécurité incendie et secours à personnes (SSIAP) pour le volet sécurité et le certificat de qualification professionnelle d'agent privé de sécurité (CQP-APS) pour le volet sûreté. Par ailleurs tous les agents ont été formés à la gestion de l'agressivité. Il demeure des réticences au sein de l'équipe à effectuer des missions à la fois de sécurité et de sûreté mais l'ensemble de l'équipe suit les formations et procède aux interventions. Cette équipe dispose d'un ensemble de procédures pour mener à bien sa mission (traitement des appels d'urgence provenant des services, extraction d'images vidéo, alerte à la bombe...)

Le nombre d'interventions de sûreté de l'équipe de sécurité a été multiplié par vingt en dix ans, alors que ces interventions étaient au nombre de 156 en 2007, elles ont été de 4400 en 2017 (Annexe n°3). Néanmoins le passage régulier du maître-chien et la venue rapide

---

<sup>35</sup> Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public

et en nombre suffisant de l'équipe de sécurité en cas de besoin donnent aux personnes interrogées le sentiment de ne plus être seules face aux difficultés.

A l'image de la transformation de l'équipe de sécurité-sûreté du CHR d'Orléans, une mutation s'opère progressivement au niveau national. Premièrement, le ministère de la santé et des affaires sociales a saisi le ministère de l'intérieur pour étudier la possibilité d'utiliser un fichier permettant d'identifier les personnes potentiellement à risque parmi les agents susceptibles d'exercer au sein des services de sécurité incendie ayant par cette occasion accès à tous les locaux de l'établissement et à toutes les installations techniques. Deuxièmement, à ce jour, seuls les professionnels de la sécurité privée peuvent détenir une arme, même défensive et réaliser des fouilles. Les établissements publics de santé sont des « services publics administratifs » qui ne sont pas soumis à la législation des activités privées de sécurité<sup>36</sup>. Le règlement intérieur de l'établissement précise donc que les interventions de l'équipe sécurité-sûreté sur les personnes sont limitées à la légitime défense ou l'état de nécessité<sup>37</sup> et à l'obligation d'assistance aux personnes en péril<sup>38</sup>. Ainsi, ils peuvent retenir à la sortie de l'hôpital et pour le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit et les patients paraissant désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital. Si la réglementation distingue toujours la sécurité privée et la sécurité s'exerçant dans les établissements publics administratifs, dans les faits, la frontière devient de plus en plus poreuse et certains agents exerçant en établissement public obtiennent l'autorisation par le conseil national des activités privées de sécurité (CNAPS) de porter une arme. Enfin, la surveillance des établissements recevant du public doit être assurée pendant la présence du public par un service de sécurité incendie<sup>39</sup> dont le nombre varie selon l'effectif présent dans l'établissement et qui ne doit pas être « distrait » (terme utilisé par la réglementation) de cette unique mission<sup>40</sup>. Depuis 2015, une circulaire<sup>41</sup> précise les circonstances pour lesquelles l'activité simultanée relative à l'incendie et la sûreté dans des établissements recevant du public (ERP) est possible en accord avec la commission de sécurité qui les contrôle. Cette réglementation ne s'applique à ce jour qu'aux sociétés privées de sécurité mais on peut aisément imaginer que cette réglementation sera prochainement transposée aux établissements publics.

---

<sup>36</sup> Articles L.611-1 et suivants du code de la sécurité intérieure (CSI) et autorisations délivrées et des contrôles exercés par le Conseil national des activités privées de sécurité (CNAPS)

<sup>37</sup> Article L122-5 à L122-7 du Code Pénal

<sup>38</sup> Article L223-6 du Code Pénal

<sup>39</sup> Article R123-11 du code de la construction et de l'habitation

<sup>40</sup> Article MS 46 du règlement de sécurité incendie et de panique dans les établissements recevant du public

<sup>41</sup> Circulaire INTK1517236J du 12 août 2015 relative à l'exercice de sécurité privée et de sécurité incendie pour des agents doublements qualifiés

Le travail d'harmonisation reste toutefois à poursuivre. La formation SSIAP (Service de sécurité incendie et d'Assistance à la Personne)<sup>42</sup> obligatoire pour exercer des fonctions de sécurité incendie ne comporte aucun module incluant la maîtrise des situations de violence avérée.

### **2.3.2 Une formation continue de plus en plus ciblée**

Parmi les soignants interrogés, aucun n'a suivi de formation relative à la gestion de la violence au cours de sa formation initiale. Ceci est progressivement en cours d'évolution puisque depuis 2017 des modules de formation initiale et continue à destination du personnel médical, paramédical et du personnel de direction sont développés avec l'appui des écoles de formation professionnelle dont l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et les écoles de formation d'infirmiers<sup>43</sup>.

Dans le cadre de la formation continue, le personnel du CHR d'Orléans peut suivre les formations mises en place sur ce thème par l'Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier (ANFH), notamment une formation composée de deux modules respectivement de trois jours et deux jours. Le premier module est destiné à prévenir et gérer les situations d'agressivité et de violence à travers la compréhension du phénomène d'agressivité, la mise en pratique d'outils de communication positive et la gestion de l'après crise. Le second module est relatif aux techniques élémentaires de préservation face à des personnes au comportement violent ou à la gestuelle incontrôlable. Ces formations sont réalisées sur site, avec de petits groupes de 5 à 10 personnes. Un à deux groupes sont formés chaque année. Ces formations peuvent se dérouler sur la base du volontariat mais le plus souvent elles s'inscrivent dans le cadre d'un projet de service qui est le format privilégié car elle permet de modifier les comportements de l'équipe complète et donc d'être plus efficace.

Les retours formulés auprès de la direction des ressources humaines indiquent que cette formation est très complète mais paradoxalement trop complète. Ainsi la cellule de formation oriente progressivement son action sur des formations plus ciblées telles que la gestion des situations difficiles à l'accueil (en scindant l'accueil physique et l'accueil téléphonique) ou la gestion de l'agressivité en EHPAD. D'autres formations participent indirectement à une meilleure gestion des situations d'agressivité et de violence, notamment les formations relatives à la gestion du stress, les formations destinées à

---

<sup>42</sup> Arrêté du 2 mai 2005 relatif aux missions, à l'emploi et à la qualification du personnel permanent des services de sécurité incendie des établissements recevant du public et des immeubles de grande hauteur

<sup>43</sup> Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé

adapter sa communication aux circonstances et la gestion des conflits à destination des cadres.

Parmi les personnes interrogées, un certain nombre ont suivi ce type de formation, au CHR ou dans un autre établissement, avec le sentiment que la formation était intéressante mais sans réelle plus-value dans l'exercice de leur métier au quotidien. Toutefois la poursuite de ces formations reste essentiel car un professionnel qui arrive à gérer une situation avant que celle-ci ne dégénère prendra confiance en lui et saura mieux gérer quand il sera de nouveau confronté au problème.

## **2.4 L'accompagnement des personnels victimes de violences**

La direction est essentiellement informée de cas de violence ou d'actes de malveillance par deux vecteurs, les fiches d'évènement indésirable (FEI) et le rapport du cadre de garde.

Pour chaque FEI relative à une situation de violence, le service juridique informe de façon systématique l'agent de la possibilité de déposer plainte et d'être accompagné par le service juridique dans sa démarche. Pour les cas où il estime qu'il est nécessaire de déposer plainte, il contacte l'agent pour l'en informer. Cependant in fine, l'agent reste toujours libre de déposer une plainte ou non. L'accompagnement n'est pas tant juridique qu'humain. Outre une première rencontre de l'agent pour l'aider à restituer les faits au mieux, l'accompagnement est surtout une marque du soutien de la direction envers l'agent qui a subi une agression. Le service juridique prend contact avec le commissariat pour prendre rendez-vous, sur le temps de travail de l'agent et utilise un véhicule de l'établissement pour s'y rendre. L'agent doit déposer plainte en son nom mais il peut choisir de se faire domicilier à l'adresse de l'hôpital s'il ne souhaite pas communiquer son adresse personnelle. En cas de dégradation de matériel, l'établissement s'associe à la plainte.

En interrogeant le personnel, beaucoup ont le sentiment que cette procédure ne sert à rien. De fait, parfois seule une main courante est déposée, cette dernière a pour mérite de créer un précédent et sera un élément important en cas de récurrence mais l'agent concerné, lui, ne voit aucune réponse judiciaire à son agression. De même s'agissant des plaintes, le temps judiciaire étant très long, la plupart des agents et l'équipe qui les entourent ont le sentiment qu'aucune suite n'est donnée à leur plainte. Ce sentiment que rien n'est fait peut générer à terme de la frustration. Pour contrer cela, l'établissement

publie régulièrement dans son journal interne les condamnations rendues à l'encontre de patients ou visiteurs ayant commis des actes de violence au CHR d'Orléans. Cependant, quand les agents ont déposé plainte en leur nom propre, l'établissement n'est pas toujours informé de ces condamnations.

Dans des cas très particuliers, la réponse judiciaire peut être très rapide. Ainsi, au printemps 2018, suite à la plainte d'un professionnel de santé travaillant au SAMU pour menace de mort, l'auteur des menaces a été immédiatement reçu par le procureur pour une comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité<sup>44</sup>. Cette intervention rapide est directement corrélée à l'actualité du SAMU de Strasbourg et aux nombreuses menaces prononcées à l'encontre du personnel de ce SAMU suite au décès d'une patiente.

Parallèlement, pour accompagner au mieux les agents victimes de violences verbales ou physiques, la Direction des usagers de la communication et de la qualité (DUCQ), qui comprend la cellule de gestion des risques et la cellule juridique intervient régulièrement dans les services pour expliquer l'intérêt des FEI et les désacraliser. En effet, une analyse fine de ces FEI permet d'identifier des événements revenant régulièrement dans un même service dont la cause, outre le profil des patients, peut être une mauvaise ergonomie par exemple. De même, si plusieurs FEI proviennent d'un même agent, peut-être est-ce cet agent qui suscite la violence.

La cellule juridique a diffusé une petite fiche synthétique avec la procédure à suivre en cas de violence subie. Cette fiche a le mérite d'apporter une meilleure connaissance de la démarche, de l'accompagnement possible et de la protection pénale en cas d'agression. Toutefois, elle ne permet pas de palier aux refus de dépôt de plainte dus à la crainte de devoir entrer dans le processus judiciaire ou à la peur des représailles. De plus, la violence est perçue de façon subjective par les agents. Aux urgences, plusieurs agents interrogés considèrent les gestes violents comme directement liés à la pathologie du patient et ne pouvant être considérés comme des actes de violence. De la même façon, une IDE a été interpellée sur le parking après la fin de son service par une famille mécontente. Elle a indiqué ne plus être en service et ne pouvoir communiquer sur un patient, la famille est repartie. L'encadrant de cette IDE a considéré cet événement comme grave alors que l'IDE qui a vécu l'évènement ne l'a pas ressenti comme tel.

---

<sup>44</sup> La comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité (CRPC), appelée aussi « plaider-coupable » permet d'éviter un procès à une personne qui reconnaît les faits qui lui sont reprochés. Cette procédure est proposée par le procureur de la république. Article 495-7 à 495-16 du Code de procédure pénale

En termes de management, pour le personnel paramédical, la direction des soins essaie d'accompagner au mieux les agents en cas de violence physique ou verbale avec, selon les cas, un courrier personnalisé, des entretiens (individuels ou collectifs), voire des entretiens de médiation. Ces entretiens permettent d'accompagner les victimes mais aussi d'évaluer le retentissement psychologique et parfois la capacité à travailler. Pour les autres catégories professionnelles, ce type d'entretien est mené par le chef de service.

S'agissant de l'accompagnement psychologique, il n'existe pas de procédure spécifiquement prévue, les agents peuvent contacter le service de santé au travail qui, au besoin, pourra prendre contact avec l'équipe de psychologues à destination des patients pouvant intervenir auprès du personnel à titre exceptionnel. Si une agression importante arrivait, il pourrait être envisagé de réunir une CUMP.

Enfin face à l'augmentation des FEI relatives à de la violence, la DUCQ a organisé une revue des événements indésirables graves (REIG) sur ce thème pour organiser son action. Plusieurs actions sont envisagées, notamment rappeler le règlement intérieur par affichage pour aider les équipes faces aux visiteurs non respectueux des horaires et éventuellement de construire un courrier type, à l'image de ce que fait le CHU d'Angers, pour demander aux patients verbalement ou physiquement agressifs de présenter leurs excuses. Toutefois l'envoi de tels courriers est extrêmement chronophage. La DUCQ va coordonner son action avec le groupe de travail sécurité mise en place au printemps 2018.

### **3 Une démarche d'acculturation pour renforcer la sûreté**

#### **3.1 La création d'un groupe de travail relatif à la sûreté**

L'étude de sûreté et de sécurité publique réalisée au CHR d'Orléans précise que « Toutes les mesures architecturales, techniques ou organisationnelles seront vaines, si le personnel n'est pas acteur de la sûreté du nouvel hôpital ». Les modifications architecturales, les installations techniques et les mesures organisationnelles ne suffisent pas à endiguer la progression des actes de malveillance et de violence. Comme précisé auparavant, les mesures de prévention des risques reposent sur trois grandes familles : la technique, l'organisationnel et l'humain. Avec l'emménagement dans le nouvel hôpital, beaucoup de mesures techniques et organisationnelles ont été mises en œuvre. Désormais, la marge de manœuvre pour réduire pour réduire les actes de malveillance et de violence repose essentiellement sur le facteur humain et plus particulièrement sur le personnel soignant, en premier lieu concerné par la sûreté à l'hôpital.

Les soignants sont formés à accueillir tout le monde à tout moment. Ils considèrent que les problématiques de violence et de malveillance doivent être gérées de façon externalisée au soin, par une sorte de « police interne » que représente l'équipe de sécurité-sûreté. A titre d'exemple, le service des urgences souhaiterait qu'un membre de l'équipe de sécurité soit présent en permanence ou du moins toute la nuit à l'accueil. Cette présence continue serait-elle vraiment dissuasive ? De plus, dans un établissement sous plan de retour à l'équilibre (PRE), contraint de réduire les effectifs de personnel soignant, serait-il vraiment pertinent d'augmenter les effectifs de personnel non soignant ? Les services techniques ont pu constater que chaque agression, chaque intrusion se traduit par une demande d'équipement supplémentaire, une installation de caméra ou l'ajout de porte sous contrôle d'accès. Au printemps, une personne sans domicile s'est introduite dans le service des consultations de gynécologie. Cette intrusion s'est immédiatement traduite par une demande de renfort du contrôle d'accès. En observant le plan des installations techniques, nous pouvons constater que ce service est entièrement sous contrôle d'accès et que la seule façon de s'y introduire quand le service est fermé est de trouver une porte sous contrôle d'accès non fermée. De même, un service ayant beaucoup recours à des médicaments contenant des stupéfiants a été confronté à des vols récurrents. Ce service était fermé par des portes sous contrôle d'accès. Comme les portes étaient souvent laissées ouvertes, le poste de soins où l'armoire à pharmacie est localisée a été mis sous contrôle d'accès. Comme ce poste de soins était régulièrement laissé ouvert, l'armoire à pharmacie a également été mise sous contrôle d'accès. Toutes ces installations n'ont été d'aucune utilité car la première mesure à prendre était de modifier le comportement individuel de chaque personne étant amenée à accéder à ce service, en premier lieu le personnel soignant. La seule solution à ces vols récurrents était de développer la rigueur de chacun quant à la fermeture des accès devant restés fermés et quant à la vigilance des personnes accédant au service sans raison dument justifiée.

Le personnel reconnaît volontiers faire preuve d'une plus grande vigilance depuis les attentats qui ont eu lieu en France entre 2015 et 2016 mais cette vigilance demeure insuffisante. A l'image de ce qui est préconisé par le plan Vigipirate pour faire face au risque d'attentat, il faut inviter les professionnels à « observer, mémoriser et diffuser ». De fait, l'enjeu n'est pas tant de répondre à la violence mais plutôt de l'éviter en amont en rendant l'acte de délinquance plus difficile à réaliser.

L'idée de créer un groupe de travail dédié à la sûreté de l'établissement est issue d'un double postulat, d'une part, après la rédaction de Plan de Sécurisation de l'Etablissement, il s'agit de faire vivre ce PSE qui ne peut être porté par la seule équipe de sécurité,

d'autre part, chaque acte de violence ou intrusion ne peut se traduire par une course à l'équipement. Pour répondre aux problématiques de sûreté, il ne faut plus raisonner selon une logique « balkanisée » où chaque service tente d'apporter sa propre réponse aux problématiques qu'il rencontre mais construire une vision transversale, globale et un plan d'action au long terme. En outre, il est essentiel de mobiliser l'ensemble des acteurs et rompre avec l'idée que la sûreté ne peut être solutionnée que par la seule équipe de sécurité-sûreté.

Pour la constitution de ce groupe de travail, s'est posée la question des membres à inclure dans ce groupe. Comme vu précédemment, ce sujet concerne en premier lieu les équipes soignantes mais aussi l'équipe de sécurité, les équipes techniques, le service juridique, le service de la formation mais aussi les organisations syndicales pour le volet conditions de travail. Le CHR d'Orléans a fait le choix de travailler par empirisme. La majorité des faits de violence étant résolus par le personnel soignant, ce groupe de travail devait être pour l'essentiel constitué de soignants. Un appel à candidatures a donc été diffusé par la direction des soins afin de constituer un groupe de travail composées de personnes sensibilisées aux questions de sûreté par appétence personnelle ou parce qu'elles sont directement confrontées à la violence et à la malveillance dans leur exercice quotidien. Par ailleurs, ont été conviés à ce groupe l'ingénieur responsable de la sécurité et de la sûreté ainsi que le chef de service sécurité et sûreté. Ce groupe est porté par le directeur des services techniques, la direction des soins et la direction des usagers, de la communication et de la qualité. La participation de trois directeurs à ce groupe de travail montre toute la transversalité de ce sujet et en fait un sujet de réflexion essentiel qui n'est pas accessoire à l'organisation et à la qualité des soins, cœur de métier de l'hôpital. Par ailleurs ce choix montre que la sûreté ne va pas être coordonnée par une seule direction. D'autres établissements ont fait d'autres choix. Ainsi, au CHU de Brest, la direction en charge de la sûreté a concentré tous les sujets de sûreté (formation, suspicion de radicalisation...) de sorte de créer une sorte de guichet unique de la sûreté. Toutefois, en créant un guichet unique, ne risque-t-on pas d'entretenir l'idée que la sûreté est l'affaire de quelques personnes et non l'affaire de chacun et au final d'envoyer un message contradictoire au personnel de l'établissement ?

Se sont portés volontaires des aides-soignants, des IDE et des cadres de santé. Le service des urgences est majoritairement représenté, notamment l'équipe de nuit. Le pôle femme enfant, notamment le service de pédiatrie est aussi assez représenté. Sont également présents des cadres du service de pédiatrie et du service d'hématologie qui redoute fortement les intrusions ainsi que les cadres supérieurs de santé du pôle chirurgie, du pôle médecine à forte consultations qui inclut le SSR gériatrique ainsi que

les services de gériatrie. Les activités du pôle personnes âgées étant sur d'autres sites, les membres de ce pôle n'ont pas été conviés dans un premier temps mais l'analyse des faits de violence montre qu'il apparaît indispensable de les associer au groupe de travail pour construire un plan d'action pouvant s'appliquer de manière globale à l'ensemble de l'établissement.

Le groupe de travail s'est réuni quatre fois entre le mois de février et l'été 2018. Il est intéressant de constater que beaucoup d'aides-soignants et d'infirmiers étaient présents lors des premières rencontres puis de moins en moins présents au profit des cadres de santé. Ce n'est pas le choix qui a été fait lors de la constitution de ce groupe de travail mais cette évolution naturelle oblige à s'interroger. Les personnes étaient-elles présentes uniquement aux premières réunions pour faire part de leurs difficultés sans souhait de construire un plan d'action ? Attendaient-elles autre chose de ce groupe de travail ? naturellement considèrent-elles qu'apporter de nouveau mode de fonctionnement ne peut être porté que par du personnel d'encadrement ? Si ce groupe de travail veut poursuivre sa réflexion de manière empirique, il apparaît important de mobiliser différentes fonctions et de ne pas concentrer le travail d'acculturation sur les seuls cadres de santé.

### **3.2 L'élaboration d'un plan d'actions**

Comme l'indique le guide méthodologique de la prévention des atteintes aux personnes et aux biens produit par l'ONVS, la question de la sûreté au sein de l'établissement doit être traitée de façon transversale. Le groupe de travail doit débiter son action par une analyse des atteintes aux personnes et aux biens afin d'objectiver les situations à risque, en identifier les causes et mesurer les attentes des soignants. Cette analyse permettra de construire un plan d'action et une communication objective et pertinente.

En effet, sur ce point, il apparaît que l'essentiel de la démarche soit un travail de pédagogie et d'identification des risques réels auxquels sont confrontés le personnel de l'établissement dans le but de les inciter à modifier leur comportement de tous les jours. La sécurité de tous suppose des contraintes, ainsi il s'agit de ne se focaliser que sur les risques réels et ne pas tomber dans le piège de vouloir être exhaustif au risque de prendre en compte tous les risques potentiels et aboutir à un niveau de contrainte trop important pour être compris et accepté. Sur cette problématique, il ne s'agit pas de construire un second document unique d'évaluation des risques professionnels ou de construire des procédures supplémentaires mais bien d'attirer l'attention sur les risques

pour en comprendre les contraintes qui peuvent en découler. Il est important de faire passer un message qui sera entendu et compris.

Ainsi, à titre d'exemple, aujourd'hui, le service des urgences est facilement accessible par l'arrière du service, ce qui laisse craindre un risque d'agression. Les résistances sont nombreuses pour fermer les portes qui permettent cet accès par l'arrière du service, la perte de temps, le détour nécessaire par le service de brancardage... si une grave agression avait lieu dans le service des urgences du fait de cet accès par l'arrière, personne ne verrait plus d'opposition à protéger le service des urgences en étant rigoureux quant à la fermeture des portes. L'action du groupe de travail est de parvenir à faire accepter les contraintes et modifier les comportements avant qu'un fait grave ne se produise.

Le groupe de travail risque de se heurter à deux difficultés majeures. Tout d'abord le ressenti de la violence n'est pas perçu de la même façon selon les soignants, selon leur vécu personnel et leur seuil de tolérance. Ainsi, en interrogeant différentes personnes du service des urgences, certains ont indiqué que la violence était un problème majeur et d'autre que c'était un problème certes mais pas un problème majeur.

Ensuite, il existe une certaine résistance à respecter les règles de sûreté. A ce titre, deux exemples sont révélateurs. Premièrement la gestion des flux de voitures. L'établissement est conçu de sorte que seul l'avant du site soit accessible pour les patients et visiteurs mais une part importante du personnel se garent sur les parkings destinés aux usagers de l'établissement restreint le nombre de places disponibles et oblige à laisser l'ensemble du site ouvert augmentant de fait les risques d'intrusion et un stationnement anarchique bloquant des voies réservées aux pompiers et augmentant les risques pour les piétons. Bien que le personnel fût informé par de nombreuses notes, qu'il constate au quotidien la désorganisation du fait de patients arrivant en retard en consultation après avoir rencontré des difficultés à stationner, d'observer quotidiennement des personnes ayant du mal à se déplacer contraintes de faire de longues distances à pieds, il n'accepte pas la contrainte de se garer dans l'un des deux parking silo prévus à cet effet à l'arrière du site, privilégiant la proximité à la sûreté et la bonne organisation. Les motifs invoqués étaient le manque d'éclairage et une certaine appréhension de l'équipe d'après-midi d'aller au parking situé à l'arrière du site le soir. Mais l'ajout d'éclairages supplémentaires et l'accompagnement du maître-chien à la fin du service n'ont pas fait évoluer les pratiques. Par surcroît, l'équipe de sécurité-sûreté a pu observer, via un décompte de voitures à des heures régulières que c'est principalement du personnel travaillant sur des horaires de journée qui se garent sur le parking destiné aux usagers.

Deuxièmement, certaines personnes n'hésitent pas à dégrader le matériel qui leur impose une contrainte. Ainsi, les boîtiers de secours (boîtiers verts) permettant de débloquent une porte sous contrôle d'accès sont régulièrement cassés par les fumeurs souhaitant trouver un endroit pas trop éloigné de leur service pour fumer. Ces actions sont l'acte des patients mais aussi du personnel. Ce qui multiplie encore une fois les risques d'intrusions.

La première rencontre du groupe de travail fut destinée à échanger sur les problématiques et craintes des uns et des autres puis d'expliquer aux membres du groupe les équipements techniques existant, l'organisation mise en œuvre par le service de sécurité et la nécessité d'identifier les causes des intrusions, vols et agressions pour en déduire une réflexion globale et au long terme sans tomber dans le piège d'une course à l'équipement technique qui n'aura jamais l'effet escompté.

Les premiers échanges ont été l'occasion de constater que les situations vécues étaient très différentes selon les services. Ainsi, le personnel des urgences redoute principalement des violences physiques de la part de patients ou d'accompagnant, le service de pédiatrie, bien que confronté à ce même type de violence redoute plutôt les intrusions et les fugues d'enfant, le service d'hématologie redoute l'intrusion de personnes non protégées et susceptibles de porter atteinte à des patients immunodéficients. De plus, le regard sur les causes de violence sont différents. Ainsi pour certains, toutes les violences sont liées au soin, même quand il s'agit de visiteurs car souvent leur réaction est liée à un problème de santé d'un proche. Pour d'autres, seules les violences dues à un trouble psychique ou neuropsychique ou à une forte douleur sont des violences liées au soin. Ces différents échanges montrent qu'il importe de trouver une communication adaptée que chacun peut s'approprier en fonction de son ressenti.

De plus, les premiers échanges ont permis de faire émerger certaines craintes qui laissent supposer une résistance accrue aux mesures de sûreté. D'une part, le responsable du service de brancardage a jugé bon de signaler que les portes laissées ouvertes représentaient un gain de temps pour les membres de son service et que chaque porte à ouvrir puis refermer allongeait le délai d'une course d'une à plusieurs minutes qui additionnées sur la journée impactaient la fluidité du parcours patient. D'autre part, la surveillance naturelle est disparate, certains interceptent poliment et rapidement les visiteurs dans des lieux ou horaires auxquels il ne devrait pas y avoir de visiteurs quand d'autres ne prêtent pas attention aux personnes qu'ils croisent.

Ces échanges ont également permis de mettre en avant certaines contraintes. Ainsi, certaines infirmières ont expliqué ne pas concevoir de fermer les poste de soins la nuit, de

peur de ne pas entendre les patients quand elles sont dans le poste de soins et de ne pas entendre les collègues quand elles sont dans une chambre de patient.

La seconde rencontre a permis de définir trois axes de travail : renforcer la sensibilisation du personnel par une meilleure information, créer des référents sûreté dans les services de soins et enfin l'identification commune des secteurs à risque. Ces axes de travail s'accompagnent de la fermeture progressive du site la nuit.

### **3.3 Une meilleure information pour une plus grande acculturation au risque sûreté**

La dimension communication revêt deux volets : mieux informer les agents et communiquer envers les usagers.

S'agissant de l'information du personnel, le message principal à transmettre est que la sécurité et sûreté de tous, patients, visiteurs et personnel, repose sur l'action et la vigilance de chacun. Certes les agents ont des droits, notamment de travailler dans des conditions qui garantissent leur sécurité et d'être accompagné en cas d'agression, mais ils ont aussi des devoirs, en premier lieu celui de faire preuve de rigueur et de vigilance au quotidien. Sur ce point, il ne s'agit pas de produire de nouvelles procédures. Les principales problématiques ont déjà été identifiées, elles concernent essentiellement la venue de familles la nuit en cas de décès annoncé, l'accueil des sans-abris qui se présentent aux urgences pour trouver refuge ou encore les entrées du personnel la nuit. Il s'agit de rappeler l'existence de ces procédures, faire passer les mesures de bon sens, notamment respecter la bonne utilisation des installations existantes (boitiers de sécurité, portes sous contrôle d'accès, bureaux fermant à clé...) et d'insister sur l'importance du signalement.

Sur ce point, certains membres du groupe ont fait remarquer que les mesures étaient plus efficaces si elles reposaient sur des faits concrets. Ainsi, un cadre de santé a expliqué que les membres de son équipe avaient fini par prendre l'habitude de fermer systématiquement le poste de soins quand ils avaient compris que c'était leurs propres effets personnels qui risquaient d'être volés. De même, l'équipe de sécurité a mis en avant qu'un projet de trafic de drogue au sein de l'établissement avait pu être identifié grâce à la vigilance du personnel. En effet, un même visiteur avait posé des questions très précises sur les horaires de ronde de l'équipe de sécurité-sûreté, le nombre d'agents de sécurité et l'existence de caméras à différents membres de l'équipe soignante. C'est la vigilance de ces personnes qui a permis d'identifier ce comportement anormal.

S'agissant de l'information à destination des usagers, il consiste essentiellement à rappeler que l'hôpital public est un lieu d'accueil et qu'il convient de respecter les règles imposées par l'établissement dans son règlement intérieur et les règles de vie en société qui passent par le respect de leurs interlocuteurs.

Pour communiquer, plusieurs supports de communication ont été retenus :

A destination des usagers, il a été décidé dans un premier temps de renforcer l'affichage. Plusieurs affiches existant dans d'autres établissements de santé ont été proposées au groupe de travail qui a retenue deux propositions. Une première affiche rappelant simplement, en plusieurs langues que les peines sont systématiquement alourdies en cas d'injures, menaces et violences perpétrées volontairement à l'encontre des personnels de santé dans l'exercice de leurs fonctions. Cette affiche a été retenue par le groupe de travail pour être affichée à l'entrée de chaque service. Une seconde affiche au visuel plus accrocheur mentionnant un exemple de condamnation prononcée à l'encontre d'un patient du CHR d'Orléans. Cette seconde affiche n'a été retenue que par le personnel des urgences, les autres services estimant qu'elle n'avait pas d'utilité dans leur service. Le service communication n'a pas validé cette seconde affiche estimant qu'elle pouvait être ressentie comme agressive à l'encontre des usagers.

A destination du personnel, deux supports ont été retenus. Un triptyque très synthétique, à diffuser dans l'ensemble de l'établissement. Il rappelle que la sûreté est l'affaire de chacun, explique la différence entre la sécurité et la sûreté, liste un ensemble de bonnes pratiques (fermer les portes sous contrôle d'accès, fermer les bureaux à clé, ne pas bloquer les issues, être vigilant face aux visiteurs, ne pas forcer les boîtiers de sécurité pour sortir fumer, rester calme et courtois), rappelle les procédures à connaître (3 procédures cités) et rappelle les numéros de téléphone pour joindre l'équipe de sécurité-sûreté avec un poste interne et un poste externe pour tenir compte des risques potentiels sur le parking notamment. Le groupe de travail a également choisi de produire un petit livret d'information d'une dizaine de pages à destination des personnes qui se seront portées volontaires pour devenir référent sûreté.

### **3.4 La désignation de référents sûreté**

Partant du postulat que la grande majorité des situations de violence sont gérées par les soignants eux-mêmes, il apparaît naturel que les meilleurs relais pour porter cette politique de sûreté soient les soignants eux-mêmes. Pour que ce relai soit efficace, il faut que ce soient des personnes sensibilisées à ces questions de sûreté avec des profils

variés (aides-soignants, personnel médico-technique, IDE, cadres), c'est pourquoi, sur proposition de la directrice des soins, le groupe de travail a choisi de faire un appel à candidatures.

D'autres centres hospitaliers ont désigné des référents sûreté mais ils ont fait un autre choix que le CHR d'Orléans. Ainsi au CHU de Brest par exemple, ce sont les cadres de santé qui ont été désignés comme référents. En effet, le directeur en charge de la sûreté souhaitait avoir pour relais des personnes ayant des fonctions d'encadrement ou d'encadrement supérieur et souhaitait éviter que le regroupement des référents ne se transforme en session de doléances. Par ailleurs, au CHU de Brest, des référents ont également été désignés dans les secteurs administratifs, techniques et logistiques. Ces services sont moins concernés par les situations de violence et de délinquance mais ils sont les yeux et les oreilles de l'institution. Ce choix n'a pas été retenu au CHR d'Orléans. Notamment pour ne pas constituer un groupe trop important, une action menée par un groupe restreint semblant plus efficace en termes de coordination.

Dans un premier temps, le groupe de travail a proposé de nommer deux référents par pôle pour favoriser la transversalité entre les services et entre les étages. Ce premier appel à candidatures n'a pas suscité beaucoup de réponses, la description des missions était trop synthétique et le périmètre d'intervention des futurs référents a dissuadé les potentiels candidats. Il a donc été décidé d'augmenter le nombre de référents à six référents par pôles, trois titulaires et trois suppléants avec dans la mesure du possible une alternance entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit.

Par ailleurs une vraie fiche de missions a été élaborée. Cette fiche s'inspire du rôle des référents sûreté de la police nationale et de la gendarmerie qui ont un rôle de conseil, d'aide et d'audit pour réaliser de la « prévention situationnelle »<sup>45</sup> c'est-à-dire prendre des mesures visant à prévenir la commission d'actes délictueux ou à les rendre moins profitables. La fonction de ces référents n'est pas de faire « à la place de » mais de structurer les bonnes pratiques dans le périmètre dont ils ont la charge. Ainsi la mission des référents a été définie comme suit : être identifié et repéré comme interlocuteur privilégié auprès des équipes, avoir une vigilance particulière sur les problématiques de sûreté, diffuser les bonnes pratiques et participer au groupe de travail sûreté. Il est souhaité que les référents s'engagent pour une durée minimum de trois ans afin d'acquérir une vraie culture de sûreté.

---

<sup>45</sup> Loi n° 2002-1094 du 29 août 2002 d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure  
Sandy TRANSON - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2018

A terme, ce groupe de travail ayant vocation à se transformer en « commission sûreté » se réunissant à périodicité régulière, les membres du groupe de travail seront probablement remplacés par les référents qui vont progressivement acquérir une culture de sûreté.

Au CHU de Brest, les référents ont tous suivi une formation externe sur les fondamentaux juridiques afin de disposer d'un socle commun avant de faire un travail de normalisation et de connaissance de l'ordre public (les droits et devoir de chacun, quand appeler la police sans nécessairement passer par l'équipe de sécurité...). Ce choix n'est pas celui retenu par le CHR d'Orléans. Les référents doivent évidemment acquérir un socle commun de connaissance mais ce socle sera, du moins dans un premier temps, délivré en interne. Ainsi, l'équipe de sécurité-sûreté prévoit d'organiser une visite complète du site pour identifier les vulnérabilités afin qu'ils identifient les failles existantes dans les pôles dont ils auront la charge, la cellule juridique envisage de faire une séance d'échanges pour expliquer le déroulé de la procédure à suivre en cas d'agression, expliquer pourquoi les suites judiciaires sont longues et préciser ce qu'il faut mentionner dans un rapport circonstancié en cas d'agression. Elle envisage également de faire un travail avec les référents à partir de faits concrets issus des FEI pour consolider les comportements et améliorer le processus de prévention globale. Une séance de coordination pourra également être mise en place avec la cellule formation pour présenter l'offre et identifier si des évolutions de l'offre sont nécessaires.

Le groupe de travail n'a pas souhaité à ce stade trop encadrer la mission de référents qui doivent aussi s'approprier ces missions nouvelles. Pour l'avenir, il est possible d'envisager de prévoir des échanges avec les intervenants extérieurs tels que les membres de la commission sécurité, les forces de l'ordre. Ils pourront intervenir également à l'IFSI. Ils pourraient également être un relai utile dans la réalisation d'exercices annuels de réaction face à une attaque terroriste.

Pour accompagner cette mission, la direction des soins a créé un dossier informatique partagé qui devra être enrichi par ces référents au fur et à mesure de leur montée en compétence et un livret est en cours de constitution. C'est un petit livret qui a vocation à ne faire qu'une dizaine de pages comme il existe déjà des livrets sur les règles d'hygiène par exemple. Ce livret va référencer tous les référents, lister les contacts utiles au sein de l'établissement et reprendre plus en détail les procédures citées dans le triptyque. Ce livret a vocation à s'enrichir avec la montée en compétence des référents.

A moyen terme, il faudra peut-être mener des actions spécifiques à certains services confronté à une problématiques spécifique. Le service des urgences adultes de l'hôpital Bichat par exemple, a divisé par trois les actes de violences en faisant de la sûreté une vraie politique de service orientée sur 3 axes : premièrement ne jamais faire entrer les accompagnants dans les secteurs de soins sauf s'ils ont une plus-value (traduction, accompagnement d'une personne démente) et inviter ces derniers à rentrer chez eux, le patient les contactera en sortant. Deuxièmement supprimer les brancards dans les couloirs en mettant le maximum de patient dans un fauteuil, ce qui concerne environ 90% des patients et en prenant en charge rapidement les urgences les moins graves car ce sont ces patients qui peuvent être violents et s'ils n'attendent pas, il est possible de leur indiquer d'aller faire un examen en ville et éventuellement de se représenter aux urgences dans quelques jours avec le résultat s'ils déclarent ne pas avoir de médecin traitant. Et troisièmement, ne jamais laisser l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) plus de quatre heures à son poste en assurant une rotation régulière.

### **3.5 La prévention des risques d'intrusion**

Une des problématiques de sûreté pouvant entraîner un climat d'insécurité sont les intrusions. En effet, il est assez simple de profiter de la sortie tardive d'une famille pour s'introduire dans le bâtiment hospitalier après la fermeture de celui-ci ou de profiter des sorties des fumeurs pour entrer. En 2017, les problématiques de non fermeture de porte représentent 3321 interventions de l'équipe sécurité-sûreté sur 7369 interventions.

Comme précisé précédemment, il existe trois niveaux de sûreté, la sûreté périmétrique du site, puis la sûreté du bâtiment et enfin la sûreté de zones identifiées au sein du bâtiment.



S'agissant de la sûreté périmétrique, dès la première rencontre du groupe de travail, il a été validé de fermer progressivement le site la nuit. Cette fermeture suppose de remettre en état certains équipements n'ayant jamais servi depuis leur installation. Elle suppose également de faire une communication importante car toutes les personnes sous astreintes devront utiliser leur badge pour entrer et connaître la procédure à suivre en cas d'oubli ou de perte de leur badge.

S'agissant de la sûreté du bâtiment, le bâtiment est fermé la nuit. La principale problématique sont les sorties des fumeurs (patient et agents) pendant les heures de fermeture. Pour résoudre cela, il a été décidé d'identifier des accès extérieurs réservés aux fumeurs dans des zones entièrement clôturées et ne permettant donc pas l'intrusion de personnes extérieures. Ces zones ne sont pas sans poser problème car il s'agit de trouver des zones entièrement closes, facilement accessibles et identifiables, suffisamment éloignées des chambres de patients, des crèches, des installations techniques et pour lesquels il faut anticiper des comportements potentiellement irrespectueux comme le jet de cendre ou de mégots dans des endroits inappropriés. Une première zone a été mise en place mais elle suscite déjà les plaintes d'odeur de cigarette des personnes ayant leur bureau à proximité.

S'agissant de la sûreté des zones identifiées, cette étude va être menée par le groupe de travail. À l'ouverture du bâtiment, un certain nombre de zones ont été identifiées mais nombre de ces zones restent pourtant totalement ouvertes. Il a été demandé aux cadres

de santé de chaque service d'identifier s'il existe des zones à risque dans leur service et quel risque cela concerne entre le risque lié au statut du patient (enfants, personnes démentes...), le risque infectieux (patients contagieux, patients immunodéprimés...), le risque dû à la présence de produits dangereux et la présence de matériel onéreux. Pour ne pas être redondant avec le document unique qui recense déjà tous les risques potentiels, il a été demandé aux cadres de santé de n'identifier que les risques réels en intégrant le fait que déclarer un risque pourrait se traduire concrètement par une contrainte de sûreté supplémentaire. Ce travail sera l'occasion de construire un véritable plan d'action en faisant travailler le groupe sur le recensement des équipements existant afin que les membres du groupe jugent eux-mêmes s'il est nécessaire d'ajouter des équipements supplémentaires ou non.

Les zones identifiées sont des zones où peuvent être présents des patients contagieux ou au contraire des patients immunodéprimés, des locaux où sont présents des produits stupéfiants, de l'oxygène, des produits radioactifs et enfin des locaux où sont présents du matériel d'échographie, de dialyse.

Les premières rencontres du groupe de travail de sûreté ont déjà permis de renforcer la vigilance puisque de plus en plus de constats de portes laissées ouvertes, notamment par les fumeurs, sont notifiés au rapport du cadre de garde de nuit. Ce premier pas est le signe que l'acculturation aux démarches de sûreté a débuté.

## Conclusion

Une prise de conscience des problématiques de sûreté s'opère progressivement au CHR d'Orléans. Ce processus d'acculturation, qui demande à l'ensemble des personnels, quelles que soient leurs fonctions et responsabilités, d'intégrer une nouvelle compétence qui n'est pas du domaine du soin, ne peut évidemment se construire que dans la durée. Seul le temps et l'évolution des événements indésirables liés aux atteintes aux personnes et aux biens permettront d'en mesurer la progression au sein du personnel de l'établissement.

Le niveau de sûreté que parviendra à atteindre l'établissement dépendra du niveau de contrainte qu'il arrivera à faire accepter à l'ensemble du personnel de l'hôpital. Cela ne pourra se faire qu'à travers un travail de pédagogie et de sensibilisation au quotidien, en mobilisant différents acteurs et en premier lieu les soignants qui sont les plus exposés, les mieux à même de diffuser les bonnes pratiques et de constituer les relais efficaces d'un plan d'action global et transversal.

L'hôpital public ne peut plus être une institution totalement ouverte telle qu'on la connaissait jusqu'alors. Elle doit trouver les moyens de protéger les patients et le personnel, et par extension garantir la qualité des soins et la qualité de vie au travail, sans pour autant se transformer en une forteresse qui semblerait inaccessible aux citoyens. L'augmentation sans précédent de la fréquentation des services d'accueil d'urgence à l'échelle nationale laisse à penser que l'hôpital public devient pour beaucoup l'unique recours. L'accueil des usagers doit donc rester la priorité, y compris pour les patients potentiellement dangereux, agressifs ou violents.

Le défi pour le directeur, dans le contexte actuel de violence que subit l'hôpital, est donc de parvenir à « *une approche globale garantissant le niveau des soins, l'accueil des patients et la qualité de vie au travail des personnels* »<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, 7 novembre 2017, Paris. Colloque national sur la sécurisation des établissements de santé

---

# Bibliographie

---

## **Périodiques et revues :**

- F.Spinhirny - La prévention des atteintes aux personnes, aux biens et aux informations – Gestion Hospitalière - n° 565 – avril 2017, p 217 à 22
- F.Renuil - Chargé de sécurité, un poste en pleine mutation – Gestion Hospitalière - n° 565 – avril 2017, p 226-227
- C.Chassin – L'hôpital en action face à la menace terroriste - Journal de l'association des directeurs d'hôpital (JADH) - n° 70 – Juillet-août 2017

## **Etudes, rapports, guides :**

- Observatoire National des violences en milieu de santé (ONVS) - Fiches réflexe sur la conduite à tenir dans les situations de violence en établissement publics, sanitaire et médico-social – DGOS - 2011
- ONVS - Guide méthodologique : la prévention des atteintes aux personnes et aux bien en milieu de santé – DGOS - avril 2017
- ONVS - rapport 2018 (données 2017) – DGOS – juin 2018
- Guide d'aide à l'élaboration d'un plan de sécurisation d'établissement – DGOS – avril 2017
- Guide vigilance, prévention et protection face à la menace terroriste – Plan Vigipirate – édition SGDSN – 2016
- Rapport IGAS n° 2001.110 – G.Costargent et M.Vernerey– Rapport sur les violences subies par les professionnels de santé – Octobre 2001
- Gérer la sécurité et la sureté des évènements et sites culturels – guide ministère de l'intérieur, ministère de la culture et de la communication, secrétariat général de la défense et de la sécurité national – avril 2007

## **Textes juridiques :**

- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
- Loi n° 2002-1094 du 29 août 2002 d'orientation et de programmation pour la sécurité intérieure
- Décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé

- Arrêté du 25 juin 1980 portant approbation des dispositions générales du règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public
- Arrêté du 2 mai 2005 relatif aux missions, à l'emploi et à la qualification du personnel permanent des services de sécurité incendie des établissements recevant du public et des immeubles de grande hauteur.
- Circulaire DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence
- Circulaire DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique.
- Circulaire INTK1517236J du 12 août 2015 relative à l'exercice de sécurité privée et de sécurité incendie pour des agents doublements qualifiés
- Instruction n° SG/HFDS/2016/340 du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé.
- Règlement de sécurité incendie et de panique dans les établissements recevant du public
- Code de la Construction et de l'Habitation
- Code Pénal
- Code de Procédure Pénale
- Code de la Santé Publique
- Code de la Sécurité Intérieure
- Code de l'Urbanisme

### **Sites internet, ressources en lignes :**

- Convention santé – police- justice :
  - o CHU Montpellier
  - o Charte de partenariat – CH de Lens
  - o Charte de collaboration – CH de Saint Quentin
- Fiche « rapport d'évaluation socio-économique du projet » de l'outil d'évaluation de la performance utilisé par le COPERMO

- [www.gendarmerie.interieur.gouv.fr](http://www.gendarmerie.interieur.gouv.fr)
- [www.gouvernement.fr](http://www.gouvernement.fr)
- <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/efficience-hospitaliere>

### **Articles de presse :**

- A.Perrachon – Les milieux sportif, médical, agricole visés par les vols de matériel de pointe – Journal le Figaro – publié le 7 avril 2016
- G.Bourdon – Un médecin violemment agressé aux urgences de l'hôpital de Saint-Denis - Journal le parisien – publié le 16 septembre 2016
- G.Souvant – Le vol, ce fléau qui frappe massivement les hôpitaux - Journal le Figaro – publié le 14 novembre 2017
- F.Naizot-Condammé pour son explosion de violence à l'hôpital de Gonesse - Journal le Parisien – publié le 16 janvier 2018
- O.Tosseri - Far West aux urgences en Italie - Journal les échos – publié le 4 juillet 2018

### **Ressources internes au CHR d'Orléans :**

- Plan de sécurisation de l'établissement (PSE) - 2017
- Etude de sûreté et de sécurité publique du CHR d'Orléans (ESSP) – 2008
- Règlement intérieur du CHR d'Orléans



---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 : Liste des personnes interrogées pour l'élaboration du mémoire
- Annexe 2 : Nombre de FEI liées à la sécurité des personnes et des biens par pôle et par service
- Annexe 3 : Nombre d'interventions sûreté de l'intervention sécurité-sûreté
- Annexe 4 : Fiche de missions des référents sûreté

## **Annexe n° 1**

Liste des personnes consultées pour la construction de ce mémoire :

### **CHR d'Orléans :**

Monsieur VARIN - Directeur des achats et de la logistique  
Monsieur Cabouat - Ingénieur responsable des installations techniques de sécurité  
Monsieur Cotelle - Responsable sécurité incendie et sûreté  
Monsieur Bertrand - Chef du service de sécurité incendie et sûreté  
Madame Liaudois – directrice des soins  
Madame Vilcot - Crépy, Directrice des usagers, de la qualité et de la communication  
Monsieur baret – Gestionnaire des risques  
Monsieur Soudée - Juriste  
Madame Etronnier – Directrice des ressources humaines  
Madame Caetano – responsable de la formation  
Groupe de travail sur la sûreté  
Equipe de nuit des urgences

### **Observatoire National des Violences en milieu de Santé**

Monsieur Terrenoir, commissaire divisionnaire délégué pour la sécurité générale

### **ARS Centre val de Loire :**

Madame Janin – Responsable de la cellule de préparation à la gestion de situations exceptionnelles

### **Autres établissements de santé :**

Monsieur Baltus, directeur campus santé – CHU de Poitiers  
Docteur Choquet – Responsable d'unité fonctionnelles – service d'accueil des urgences –  
Groupe Hospitalier Bichat – Claude Bernard

## Annexe n°2

Pôle	Services	Intrusion	Violence verbale	Violence physique	Vandalisme / Dégradation	Vol / Perte de matériel	Total Pôle
<b>Pôle Biopathologies</b>	\\Anatomopathologie	0	0	0	0	2	20
	\\Biochimie	0	0	0	0	5	
	\\Biologie délocalisée	0	0	0	0	1	
	\\Biologie moléculaire	0	0	0	0	1	
	\\Centre de prélèvements	0	2	0	0	1	
	\\Etage technique	0	0	0	0	1	
	\\Génétique Chromosomique	0	0	0	0	1	
	Pôle Biopathologies\\Laboratoire d'hématologie	0	0	0	0	1	
	\\Microbiologie	0	0	0	0	1	
	\\Réception Centralisée des Examens	0	0	0	0	2	
\\Secrétariat	0	1	0	0	1		
<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>		
<b>Pôle Chirurgie et Anesthésie Réanimation Adultes</b>	\\Anesthésie Réanimation	0	1	0	0	0	24
	\\Blocs opératoires	0	1	1	0	1	
	\\Chirurgie digestive thoracique et endocrinienne	1	2	0	0	0	
	\\Chirurgie Maxillo faciale et stomatologie	0	0	0	0	0	
	\\Chirurgie orthopédique et traumatologique	0	5	0	0	0	
	\\Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	0	0	0	1	0	
	\\Chirurgie Vasculaire	0	1	0	0	0	
	\\Neurochirurgie	0	2	0	0	0	
	\\Ophtalmologie	0	3	0	0	0	
	\\ORL	0	0	0	0	0	
	\\Réanimation chirurgicale	0	0	0	0	2	
	\\UACA (Unité Anesthésie Chirurgie Ambulatoire)	0	0	0	0	0	
	\\Unité de Surveillance Continue (USC)	0	0	1	0	0	
\\Urologie - Andrologie	0	1	1	0	0		
<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>		
<b>Pôle d'Appui à la Qualité des</b>	\\Département de l'Information médicale	0	0	0	0	0	5
	\\Evaluation des pratiques professionnelles	0	0	0	0	0	
	\\Pharmacie	0	1	0	0	3	
	\\Sécurité Transfusionnelle HémoVigilance	0	1	0	0	0	
	\\Service de Prévention du Risque Infectieux	0	0	0	0	0	
	\\Stérilisation	0	0	0	0	0	
<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>		
<b>Pôle Expertise</b>	\\Bureau des consultations et hospitalisations	0	2	0	0	0	8
	\\Service compétent en radioprotection	0	0	0	0	0	
	\\Centre de documentation	0	0	0	0	0	
	\\Coordination des secrétariats médicaux	0	1	0	0	0	
	\\Direction des Services Financiers	0	0	0	0	0	
	\\Direction des Usagers, de la qualité et de la	1	1	0	1	0	
	\\Direction du Système d'Information	0	0	0	0	0	
	\\Service Mortuaire	0	0	0	0	0	
	\\Service central des archives	0	0	0	0	0	
\\Service social	0	2	0	0	0		
<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>		
<b>Pôle Femme Enfant</b>	\\Anesthésie - réanimation	0	0	0	0	0	36
	\\Assistance Médicale à la Procréation	0	0	0	0	2	
	\\Bloc Obstétrical	0	0	0	0	0	
	\\Blocs opératoires	0	1	1	0	1	
	\\CAMSP	0	0	0	0	0	
	\\Centre d'accueil de femmes victimes de violences	0	0	0	0	0	
	\\Centre IVG	0	0	0	0	0	
	\\Chirurgie pédiatrique	0	2	0	0	0	
	\\Consultations	0	2	1	0	1	
	\\Diagnostic anténatal	0	0	0	0	0	
	\\Explorations fonctionnelles obstétriques	0	0	0	0	0	
	\\Grossesses à haut risque	0	1	0	0	0	
	\\Gynécologie chirurgicale et oncologique	1	0	0	0	1	
	\\Lactarium - Biberonnerie	0	0	0	0	0	
	\\Maternité A	3	1	0	0	3	
	\\Maternité B	1	1	0	0	0	
	\\Néonatalogie (réanimation néonatale, Pédiatrie générale	1	0	1	0	1	
	\\POSU pédiatrique - HTCD	2	0	1	0	1	
	\\Secrétariat / Archives	0	3	0	0	0	
\\SMUR pédiatrique	0	0	1	0	0		
\\Urgences gynécologie - obstétrique	0	1	0	0	1		
<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>11</b>		

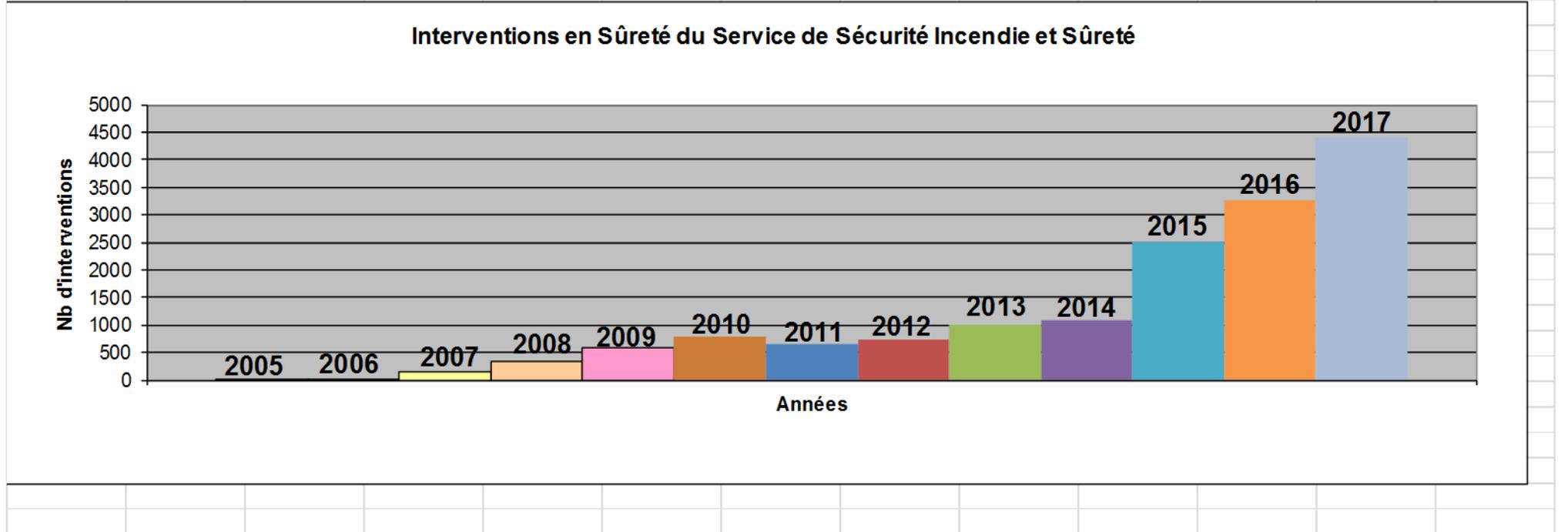
Pôle Imagerie	\IRM	0	0	0	0	1	9
	\Médecine nucléaire - Tepsan	0	0	0	0	0	
	\Neuroradiologie	0	0	0	0	0	
	\Radiologie	1	2	1	1	1	
	\Radiologie femme - enfant	0	0	0	0	1	
	\Sénologie	0	0	0	0	0	
	\Scanner	0	0	1	0	0	
<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	
Pôle Médecines à fortes consultations	\Consultation d'évaluation et traitement de la	0	0	0	0	0	51
	\Coordination de l'Education Thérapeutique	0	0	0	0	0	
	\Dermatologie	0	2	1	0	1	
	\Dispensaire	0	0	0	0	0	
	\EMSPA (Equipe Mobile de Soins Palliatifs et	0	1	0	0	0	
	\Endocrinologie - Diabétologie - Nutrition	0	0	3	1	1	
	\Equipe de remplacement de nuit	0	0	0	1	0	
	\HDJ Medecines à Fortes Consultations	0	1	0	0	1	
	\Hémodialyse	0	0	0	0	0	
	\Maladies infectieuses et tropicales	0	1	1	1	0	
	\Médecine Gériatrique / MAG	0	1	11	1	1	
	\Médecine interne	0	2	0	0	1	
	\Néphrologie	0	0	0	0	0	
	\Neurologie et EEG	0	1	5	0	1	
	\Rhumatologie - Unité Rachis	1	0	1	0	1	
	\SSR	0	4	4	0	0	
\Unité d'hospitalisation Soins de Confort	0	0	0	0	0		
\UPUG / Court Séjour Gériatrique	0	0	0	0	0		
\US CPOS (Centre Pénitentiaire d'Orléans Saran)	0	0	0	0	0		
<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>		<b>1</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	
Pôle Médecines Interventionnelles	\Addictologie	0	0	0	0	0	26
	\Allergologie	0	0	0	0	0	
	\Cardiologie	2	5	1	0	1	
	\Endoscopie bronchique	0	0	0	0	0	
	\Endoscopie digestive	1	0	0	0	0	
	\Hématologie Clinique et Hématologie Stérile	0	3	0	0	0	
	\Hépto-Gastro-Entérologie	0	0	0	0	1	
	\Hopital de Jour	0	0	0	1	0	
	\Médecine du sport	0	0	0	0	0	
	\Oncologie médicale - Oncoradiothérapie	0	1	0	0	0	
	\Oncoradiothérapie plateau technique	0	0	0	0	0	
	\UER	0	0	0	0	0	
	\Pneumologie	2	3	3	1	1	
\UPAC - 3C	0	0	0	0	0		
<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>		<b>5</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
Pôle Métiers de l'Urgence	\CESU	0	0	0	0	0	48
	\Coordination des prélèvements d'organes	0	0	0	0	0	
	\HTCD	0	1	5	1	0	
	\Psychiatrie de liaison	0	0	0	0	0	
	\Réanimation médicale	0	3	5	0	0	
	\SAMU-SMUR	0	3	0	0	0	
	\SAU	0	18	9	3	0	
<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>		<b>0</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	
Pôle Personnes Agées	\Direction Pôle Personnes Agées	0	0	3	1	1	80
	\EHPAD / USLD (1er étage Saran)	0	0	2	1	0	
	\EHPAD (3ème étage Saran)	0	1	10	0	0	
	\Les Bruyères (Paul Gauguin)	0	0	1	1	0	
	\Les Ecurieils (St Jean de Braye)	2	2	2	0	0	
	\Les Roseaux (Paul Gauguin)	1	0	0	2	0	
	\Pierre Pagot	0	0	0	0	0	
	\Pôle personnes âgées Nuit	0	0	4	1	0	
	\UHR (rez-de-chaussée Saran)	0	1	26	2	1	
	\USLD (2ème étage Saran)	0	3	6	4	2	
<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>		<b>3</b>	<b>7</b>	<b>54</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	

Pôle Ressources Humaines	\Coordination générale des soins	0	0	0	0	0	9
	\Direction des affaires médicales et de la recherche	0	0	0	0	0	
	\Direction des Ressources Humaines	0	0	1	0	0	
	\Service d'accueil et d'orientation NHO	0	1	0	0	0	
	\Service de santé au travail	0	1	2	0	0	
	\Transports internes	1	1	1	1	0	
<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>		<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	
Pôle Ressources Matérielles	\Direction des services économiques	1	1	0	1	5	18
	\Direction des travaux et de la maintenance	1	2	2	3	2	
	<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	
Rééducation Fonctionnelle	\Diététique	0	0	0	0	0	0
	\Ergothérapie	0	0	0	0	0	
	\Kinésithérapie	0	0	0	0	0	
	\Orthophonie	0	0	0	0	0	
	\Psychomotricité	0	0	0	0	0	
	<b>TOTAL 2017 Sous-domaine</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	



**Annexe n° 3**

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
3	5	156	342	588	783	640	742	1010	1082	2491	3265	4400,00





## Annexe n° 4

	Réfèrent sécurité – fiche de missions
Ne pas compléter - Entité	Code document

### I – IDENTIFICATION DE LA MISSION

---

Réfèrent sécurité dans sa dimension sûreté, à savoir, prévenir les actions volontaires d'atteinte aux personnes, aux biens ou aux bâtiments par l'application de mesures de sûreté.

L'équipe des référents est composé de :

- 6 référents par pôle (3 titulaires, 3 suppléants avec 1 titulaire et 1 suppléant par étage), incluant des membres de l'équipe de nuit.

Rôle :

- Etre identifié et repéré comme interlocuteur privilégié auprès des équipes
- Avoir une vigilance particulière sur les problématiques de sûreté, assurer le repérage des failles potentielles
- Diffuser des bonnes pratiques de sûreté
- Participer groupe de travail relatif à la sécurité
- Constituer un collectif opérationnel

Chaque référent est désigné pour une durée de 3 ans minimum, reconductible.

### III – INTERLOCUTEURS

---

L'Ingénieur, Responsable Sécurité Incendie et Sûreté

Le Chef de Service de Sécurité Incendie et Sûreté

La Direction des soins (un CSS ou un CS)

### IV – EXIGENCES DE LA MISSION

---

Sensibilisation aux problématiques de sûreté (intrusion, violence, agressions physiques et verbales, vol)

Facilité de communication

Bonne connaissance des locaux affectés aux pôles

### V – MOYENS NECESSAIRES

---

Formation interne des référents par le groupe de travail sécurité

Visite complète du site avec l'équipe de sécurité pour identifier les points sensibles du site et avoir une vision globale du site.

Mise en place d'un dossier partagé contenant les documents d'information nécessaires à l'exercice de la mission.

Participation au groupe de travail sécurité pour diffusion l'information auprès des équipes.

### VI – EVOLUTION DU POSTE

---

### VII – OBSERVATION

---

### VIII – FICHE DE POSTE

---

Ne pas compléter Ne pas compléter	Ne pas compléter Ne pas compléter	Ne pas compléter Ne pas compléter	Version N° version Page 1/1
			Applicable à partir du Date



TRANSON

Sandy

Octobre 2018

## FILIERE DH

Promotion 2017 - 2018

### **Insuffler une culture de sûreté à l'hôpital : l'exemple du CHR d'Orléans**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, Rennes

#### **Résumé :**

Les cas de violence et de malveillance en établissement de santé ne sont pas nouveaux mais ceux-ci deviennent de plus en plus prégnants et s'inscrivent dans un contexte de tension sécuritaire.

Cette montée de la violence n'est pas sans impact pour les établissements, tant dans l'organisation et la qualité des soins, qu'en termes d'image et d'attractivité.

Pour faire face à cette problématique, le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur ont mis en œuvre un plan de sécurisation des établissements de santé visant notamment à prendre en compte les problématiques de sûreté et de sécurité publique dans les nouveaux projets architecturaux et à construire des partenariats avec les acteurs locaux de la sécurité.

Toutefois, l'exemple du CHR d'Orléans, qui est un établissement récent comportant toutes les mesures architecturales et techniques visant à prévenir les situations de violence et de malveillance, démontre que toutes ces mesures ne seront pas pleinement efficaces si le personnel ne devient pas acteur de sa propre sûreté en modifiant son comportement et en faisant preuve de vigilance.

Il appartient au directeur d'insuffler une culture de sûreté par un travail de pédagogie et de sensibilisation afin de faire accepter un niveau de contrainte permettant non plus de répondre aux situations de violence mais de les prévenir en amont en rendant l'acte de malveillance plus difficile à réaliser.

#### **Mots clés :**

Sûreté – violence – intrusion – vigilance – référents – plan d'action

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*