

The page features decorative elements consisting of overlapping colored rectangles in shades of pink, red, and orange at the top, and red and pink at the bottom. The main content is centered text in a dark blue font.

**FICHES REFLEXES**  
**sur la conduite à tenir dans les situations de VIOLENCE**  
**en établissements publics, sanitaire et médico-social**

## **METHODOLOGIE**

Un groupe de travail a été constitué à l'initiative de la Fédération Hospitalière de France et de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé de la Direction Générale de l'Offre de Soins.

Ce groupe s'est voulu hétérogène, accueillant à la fois des personnels de direction, des responsables de sécurité, des représentants des usagers et des personnels soignants exerçant sur le terrain ou exerçant dans un service ou en tant que cadre de proximité, afin d'appréhender au plus près, et le plus concrètement possible, les difficultés pratiques rencontrées par le personnel d'encadrement et les victimes de violences au sein des établissements somatiques ou psychiatriques, quelle que soit la taille de ces structures.

La MACSF, tant par sa relecture à travers le prisme juridique des dossiers pour lesquels elle a eu à intervenir, que par ses conseils en communication, a permis d'enrichir la réflexion et l'approche de cette démarche; une démarche tournée entièrement vers les intérêts des victimes de violences à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions hospitalières, et des patients pris en charge au sein d'un établissement.

### **Objectifs du groupe de travail**

---

- Elaborer des fiches techniques de conduite à tenir en cas de faits de violence au sein d'un ES (réactions à avoir, démarches à suivre, mesures à mettre en place, etc...)

### **Périmètre du travail**

---

- Délimitation du cadre d'intervention. Il s'agit de savoir réagir à la survenance d'un fait de violence, mais non de prévenir le risque, de traiter de la maltraitance, ou de la souffrance (ce point pouvant faire l'objet d'un autre dossier axé sur la prévention des situations de violence au sein des établissements)

### **3 grands axes de travail**

---

- les faits de violence à l'égard d'un **personnel de santé** (y compris les membres de la direction et du corps médical), dans le cadre de son exercice **professionnel** ou à l'occasion de son exercice **professionnel**
- les faits de violence accomplis par un tiers à l'égard d'un **patient ou d'un résident pris en charge** dans une institution sanitaire et/ou médico-sociale
- les faits de violence à l'égard de **populations spécifiques** : mineurs, personnes sous **tutelle ou curatelle** (personnes âgées, handicapées, santé mentale), hospitalisés MCO, détenus.

Quatre fiches sont proposées:

- *une fiche à destination de l'encadrement lorsque le personnel est victime* : membre de l'équipe de direction, cadre de proximité, cadre supérieur
- *une fiche à destination de l'encadrement lorsque le patient est victime*
- *une fiche à destination de l'agent victime* dans son exercice professionnel
- *une fiche à destination du patient victime* à l'occasion de sa prise en charge au sein d'un établissement de soins.

## SOMMAIRE

### Chaque fiche est construite selon le modèle suivant :

- I - Définition de la violence
- II - Prise en charge de la victime
- III - Procédures à mettre en œuvre
- IV - Suites et suivi de la démarche
- V - Cadre juridique

### Annexes :

**Annexe 1** - Assistance de l'administration pour le dépôt de plainte – *La protection fonctionnelle des agents publics*

**Annexe 2** - Rapport circonstancié – *Proposition de modèle-type*

**Annexe 3** - Prévention des violences en milieu hospitalier : l'ONVS, pour une politique volontariste mise en place par le ministère de la santé

**Annexe 4** - Fiche de déclaration auprès de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé

**Annexe 5** - Protocole du 10 juin 2010 relatif à la sécurité au sein des établissements de santé publics et privés

**Annexe 6** - Article 40 du CPP : obligation de signalement de certains faits auprès de l'autorité judiciaire - *La conciliation entre le secret professionnel et l'article 40 du CPP*

### Glossaire :

ES : Etablissement de santé

CHSCT : Comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail

ONVH : Observatoire national des violences en milieu hospitalier

ARS : Agence régionale de santé

CPP : Code de procédure pénale

CRUQPC : Commission de relation avec les usagers et qualité de la prise en charge

ASE : Aide social à l'enfance

PMI : Protection maternelle et infantile

PN : Police nationale

GN : Gendarmerie nationale

CSP : Code de la santé publique

AT : Accident du travail

CM : Certificat Médical

CML : Certificat Médico-légal

## PREAMBULE

Une question récurrente fait régulièrement l'objet de dossiers de presse, tout en mettant en exergue les difficultés quotidiennes vécues par les professionnels de santé dans l'exercice de leurs fonctions de soignants : celle relative au phénomène de violence au sein de l'hôpital, et plus généralement au sein des établissements de santé.

L'hôpital, institution ouverte à tous au nom du principe d'égalité, ouverte à tout moment au nom du principe de continuité, confronte notre service public de santé à toutes les formes de violence que connaît notre société.

Or cette violence, rendue plus visible au travers des politiques de prévention et de gestion des violences déployées par le Ministère de la Santé depuis plusieurs années et appuyées par les actions mises en œuvre par les structures que sont la Fédération hospitalière de France (FHF) et la MACSF, remet en cause les modes de fonctionnement des établissements et interroge sur les organisations en place, d'autant plus qu'elle induit un risque psycho social pour les professionnels touchés, et influe directement sur la qualité de l'accueil et des soins dispensés.

Aujourd'hui, s'il apparaît évident que l'hôpital doit assurer dans son enceinte la sécurité des biens et des personnes, il doit aussi intervenir lorsque son personnel se trouve confronté à une vulnérabilité certaine (injures, menaces), ou s'est retrouvé confronté à une dangerosité exprimée (violences physiques ou matérielles), quel que soit l'auteur de ces actes.

Les analyses statistiques menées par l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé au sein de la DGOS, sur les plaintes déposées par les professionnels de santé victimes de violences à l'occasion de leur exercice professionnel met en évidence une sous-déclaration (12% de plaintes au plan national). Pourtant la loi 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires a prévu une garantie de protection à l'occasion de leur fonction, appuyée par la circulaire 2158 du 05 mai 2008 relative à la protection fonctionnelle des agents publics de l'Etat (protection juridique par la collectivité publique employeur pouvant comprendre notamment l'assistance d'un avocat).

Si les protocoles entre les ministères de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé doivent faciliter concrètement les dépôts de plaintes par les victimes (domiciliation de la victime à son adresse professionnelle, prise de rendez-vous auprès de l'officier de police, information des suites judiciaires données), il semble que la méconnaissance de l'ensemble des dispositions législatives ou réglementaires par le personnel, le freine dans la mise en œuvre du respect de ses droits et dans l'accompagnement dont il peut bénéficier.

C'est pour l'ensemble de ces raisons que la Fédération Hospitalière de France et la Direction Générale de l'Organisation et des Soins, au travers de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé, ont réalisé ce « kit réflexe » composé de fiches techniques ayant pour objectif de communiquer des actions réflexe, d'une part aux équipes d'encadrement confrontées à des soignants ou des patients victimes de violence, d'autre part aux victimes elles-mêmes.

Pour ce faire, la FHF, et l'ONVS se sont appuyés sur l'analyse des procédures judiciaires réalisées par la MACSF dans le cadre de sa mission d'assistance auprès des professionnels de santé.

La FHF témoigne ainsi de sa volonté d'aider et de soutenir dans leur démarche les établissements de santé : équipes de direction, équipe d'encadrement, personnels et patients.

[anne-marie.dore@fhf.fr](mailto:anne-marie.dore@fhf.fr)

[fabienne.guerrieri@sante.gouv.fr](mailto:fabienne.guerrieri@sante.gouv.fr)  
[dgos-onvs@sante.gouv.fr](mailto:dgos-onvs@sante.gouv.fr)

## Groupe de travail FHF sur la violence

NOM	PRENOM	FONCTION	ETABLISSEMENT	MAIL
BICHIER	Edouard	Médecin	CH de Saumur / SG conférence des présidents de CME de CH	<a href="mailto:Edouard.bichier@ch-saumur.fr">Edouard.bichier@ch-saumur.fr</a>
BROWNE	Gérard	Conseiller pour la Sécurité auprès du Directeur général	AP-HP	<a href="mailto:Gerard.browne@sap.aphp.fr">Gerard.browne@sap.aphp.fr</a>
BURCKEL	Laurent	Directeur adjoint Direction sanitaire et sociale	CH Sud-Francilien - Evry	<a href="mailto:laurent.burckel@ch-sud-francilien.fr">laurent.burckel@ch-sud-francilien.fr</a>
CAZENAVE	Bernard	Médecin pédopsychiatre	CH Bordeaux	<a href="mailto:bcazenave@ch-perrens.fr">bcazenave@ch-perrens.fr</a>
DECROIX	Germain	Juriste	Groupe MACSF	<a href="mailto:germain.decroix@lesou.macsf.fr">germain.decroix@lesou.macsf.fr</a>
DORE	Anne- Marie	Directrice des soins	FHF	<a href="mailto:am.dore@fhf.fr">am.dore@fhf.fr</a>
DREYER	Véronique	Directrice des soins	CPO d'Alençon / AFDS	<a href="mailto:dreyer.v@cpo-alencon.net">dreyer.v@cpo-alencon.net</a>
ESCOFFIER	Michel	Directeur des soins	CH Bordeaux	<a href="mailto:mescoffier@ch-perrens.fr">mescoffier@ch-perrens.fr</a>
GARAUD	Patrick	Responsable de la sûreté	CHU Rouen	<a href="mailto:Patrick.Garaud@chu-rouen.fr">Patrick.Garaud@chu-rouen.fr</a>
GUERRIERI	Fabienne	Commissaire divisionnaire	Chargée de mission ONVS - DGOS	<a href="mailto:Fabienne.guerrieri@sante.gouv.fr">Fabienne.guerrieri@sante.gouv.fr</a>
HEMERY	Arnaud	Responsable de la sûreté	CHU Rouen	<a href="mailto:Arnaud.Hemery@chu-rouen.fr">Arnaud.Hemery@chu-rouen.fr</a>
LASSELIN	Charles	Directeur	Maison de retraite La Seigneurie	<a href="mailto:c.lasselin@la-seigneurie.fr">c.lasselin@la-seigneurie.fr</a>
MALECHAUX	Christine	Cadre - Direction des soins	CHI des Portes de l'Oise	<a href="mailto:christine.malechaux@chi-desportesdeloise.fr">christine.malechaux@chi-desportesdeloise.fr</a>
MOUTIER	Rachel	Chargé de mission	Le défenseur des droits	<a href="mailto:rachel.moutier@defenseurdesdroits.fr">rachel.moutier@defenseurdesdroits.fr</a>
RAMBAUD	Claude	Présidente	LE LIEN	<a href="mailto:reseauante@hotmail.fr">reseauante@hotmail.fr</a>

# La violence en établissement de santé ou médico-social

# J'encadre un personnel victime



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

## Quelle prise en charge pour la victime ?

### De quelle violence parle-t-on ?

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

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

L'infraction peut être :

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

Le préjudice peut être :

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

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

#### Clinique

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

#### Psychologique et sociale

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

#### Administrative

La prise en charge s'effectue en plusieurs étapes :

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

#### Juridique

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

## Quelles procédures à mettre en œuvre ?

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

### En cas de procédure judiciaire à mettre en œuvre

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

### En interne

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

### En externe

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

## Un cadre juridique à vos côtés

Loi du 13 juillet 1983 – Article 11

Devoir de protection de l'administration à l'égard des agents de la collectivité publique

Code de la santé publique – Article L6143-7 (modifié par la loi de janvier 1994)

Compétence du directeur d'établissement vis-à-vis de l'ordre et de la discipline de l'établissement

Loi du 18 mars 2003

Correctionnalisation de toutes les violences commises à l'encontre des personnels de santé

Loi du 5 mars 2007

Articles 44 – 48 et 54 du code pénal  
Aggravation des peines

## Quelles suites ?

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

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

Plus d'informations : [www.sante.gouv.fr/onvs](http://www.sante.gouv.fr/onvs)



Direction générale de l'offre de soins



Avec la participation de



# La violence en établissement de santé ou médico-social

# J'assiste un patient victime



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

## Quelle prise en charge pour la victime ?

### De quelle violence parle-t-on ?

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

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

L'infraction peut être :

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

Le préjudice peut être :

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

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

#### Clinique

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

#### Psychologique et sociale

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

#### Administrative

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

#### Juridique

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

## Quelles procédures à mettre en œuvre ?

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

### En cas de procédure judiciaire à mettre en œuvre

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

### En interne

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

### En externe

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

## Un cadre juridique à vos côtés

Loi du 4 mars 2002  
Charte du patient hospitalisé

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

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

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

## Quelles suites ?

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

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

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

Plus d'informations : [www.sante.gouv.fr/onvs](http://www.sante.gouv.fr/onvs)



Direction générale de l'offre de soins



Avec la participation de



# La violence en établissement de santé ou médico-social

## Je suis un personnel victime



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

### Quelle prise en charge pour la victime ?

#### De quelle violence parle-t-on ?

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

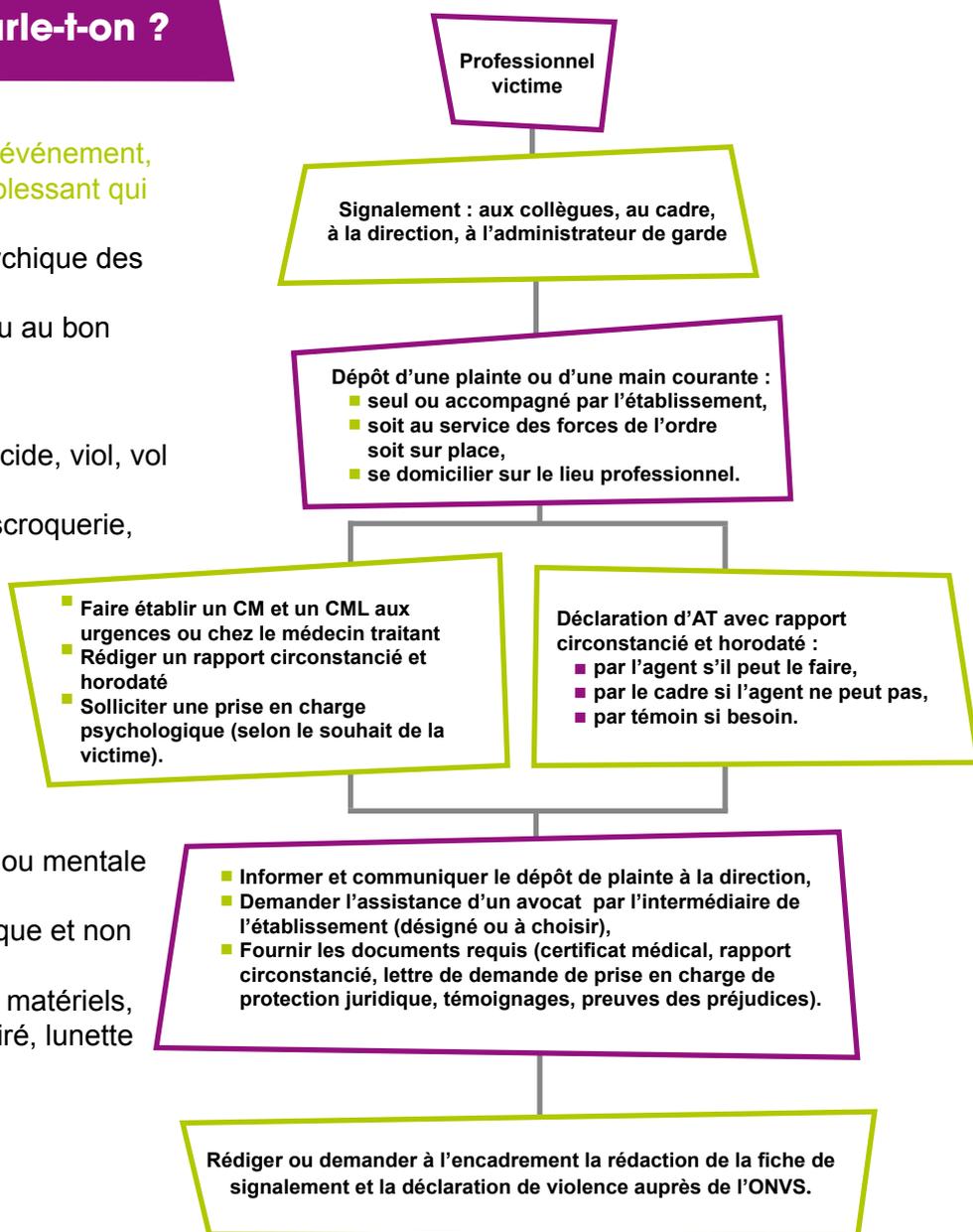
- à l'intégrité physique et/ou psychique des personnels,
- aux biens des personnels et/ou au bon fonctionnement des services.

L'infraction peut être :

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

Le préjudice peut être :

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



## Quelles suites ?

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

L'agent victime doit systématiquement :

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

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

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

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

## Un cadre juridique à vos côtés

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

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

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

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

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

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

## Mes notes :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Plus d'informations : [www.sante.gouv.fr/onvs](http://www.sante.gouv.fr/onvs)



Direction générale de l'offre de soins



Avec la participation de



# La violence en établissement de santé ou médico-social

# Je suis un patient victime



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

## De quelle violence parle-t-on ?

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

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

L'infraction peut être :

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

Le préjudice peut être :

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

## Un cadre juridique à vos côtés

Loi du 4 mars 2002  
Charte du patient hospitalisé

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

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

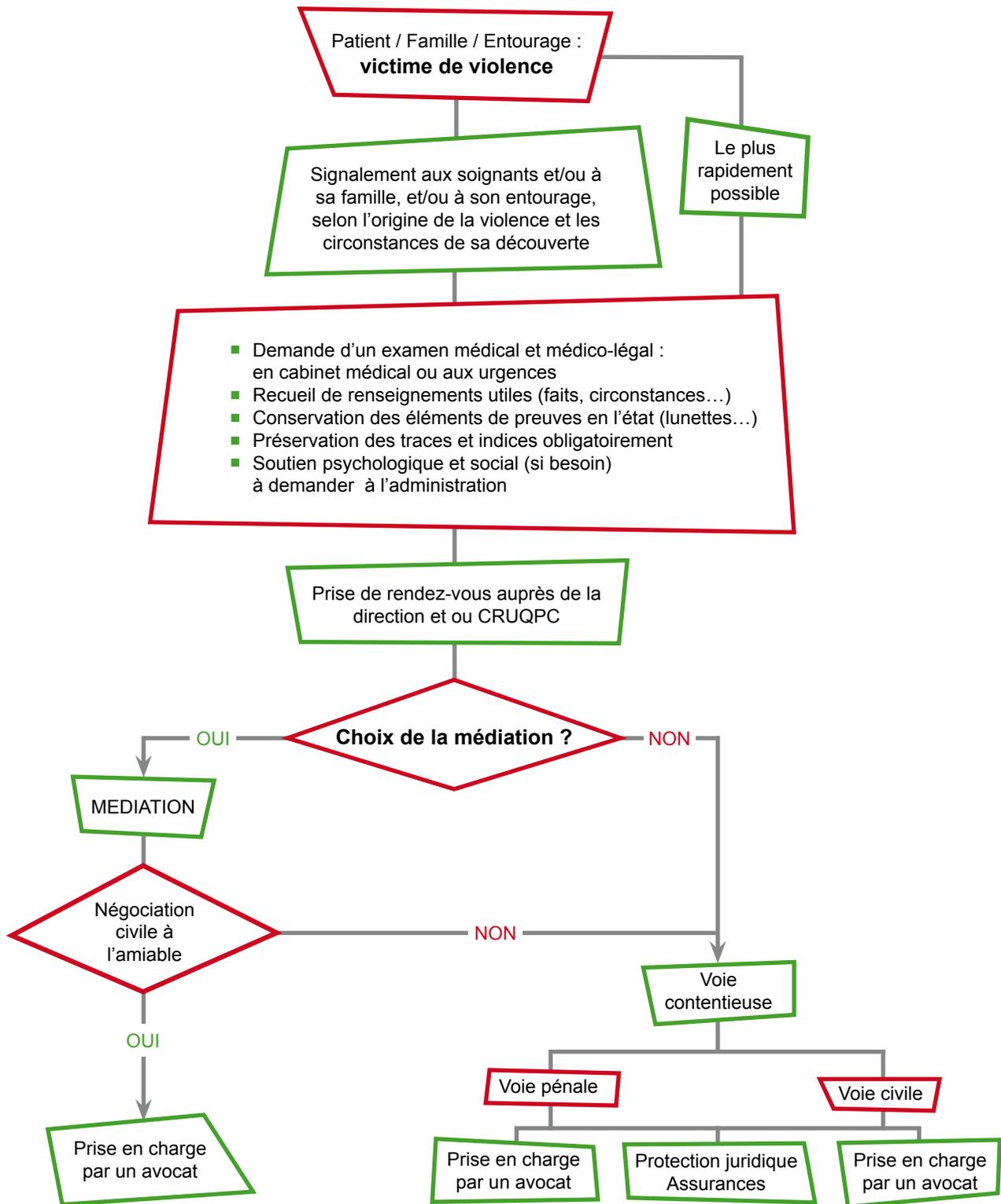
Code de procédure pénale  
Articles 40-4 et 53-1

L'article 40-4 a été créé par la loi n°2004-204 du 9 mars 2004. Lorsque la victime souhaite se constituer partie civile et demande la désignation d'un avocat après avoir été informée de ce droit en application du 3° des articles 53-1 et 75, le procureur de la République, avisé par l'officier ou l'agent de police judiciaire, en informe sans délai le bâtonnier de l'ordre des avocats, s'il décide de mettre l'action publique en mouvement. Dans le cas contraire, il indique à la victime, en l'avisant du classement de sa plainte, qu'elle peut directement adresser sa demande de désignation auprès du bâtonnier si elle maintient son intention d'obtenir la réparation de son préjudice.

Articles 15-3 du CPP

Obligation de réceptionner la plainte quelque soit le lieu de commission des faits

# Quelles démarches pour la victime ?



Plus d'informations : [www.sante.gouv.fr/onvs](http://www.sante.gouv.fr/onvs)



Direction générale de l'offre de soins



Avec la participation de



## Annexe 1

### **Assistance de l'administration pour le dépôt de plainte** **La protection fonctionnelle des agents publics**

La loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires a prévu en faveur des fonctionnaires et agents non titulaires une garantie de protection à l'occasion de leurs fonctions.

Le principe de la protection fonctionnelle est posé par l'article 11 de cette loi, dont le premier alinéa dispose que : « Les fonctionnaires bénéficient; à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales ». Cette protection est justifiée par la nature spécifique des missions confiées aux agents publics qui les exposent parfois, dans l'exercice de leurs fonctions, à des relations conflictuelles avec les usagers du service public et qui leur confèrent des prérogatives pouvant déboucher sur la mise en cause de leur responsabilité personnelle, civile ou pénale.

La protection est due aux agents publics **dans deux types de situations.**

En premier lieu, les agents publics bénéficient de la **protection de l'administration contre les attaques dont ils sont victimes à l'occasion de leurs fonctions.** Ainsi en dispose le troisième alinéa de l'article 11 « La collectivité publique est tenue de **protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait; injures, diffamations ou outrages** dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté».

En second lieu, les agents publics, y compris les anciens agents publics, sont **protégés par l'administration lorsque leur responsabilité pénale est mise en cause à l'occasion de faits commis dans l'exercice de leurs fonctions.** Le quatrième alinéa de l'article 11, introduit par la loi n° 96-1 093 du 16 décembre 1996 relative à l'emploi dans la fonction publique et à diverses mesures d'ordre statutaire, prévoit que « la collectivité publique est tenue d'accorder sa protection au fonctionnaire ou à l'ancien fonctionnaire dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle ».

En dehors de ces hypothèses, les agents publics bénéficient d'une garantie contre les condamnations civiles prononcées à raison d'une faute de service. Le deuxième alinéa de l'article 11 dispose en effet que: «Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour une faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit; dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui ».

La circulaire n° 2158 du 5 mai 2008 relative à la protection fonctionnelle des agents publics de l'Etat qui précise les conditions et les modalités de mise en œuvre d'une part de la protection fonctionnelle et d'autre part de la garantie civile au bénéfice des agents publics relevant de la fonction publique de l'Etat peut utilement être utilisée dans la fonction publique hospitalière. De même, **pour les personnels médicaux hospitaliers et les praticiens en formation qui ne relèvent pas du statut général**, en l'absence de dispositions statutaires spécifiques les concernant, le droit à la protection juridique par la collectivité publique employeur étant considéré par le juge comme un principe général du droit, doit également leur être appliqué.

ONVH-2011



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

PERSONNES MISES EN CAUSE :.....  
.....  
.....

PREJUDICES SUBIS PAR LA VICTIME (PHYSIQUE ET/OU MATERIEL) : .....  
.....  
.....

MATERIEL UTILISE POUR AGRESSION OU DEGRADATION :.....  
.....  
.....

MESURES PRISES ET CONSEQUENCES IMMEDIATES :.....  
.....  
.....  
.....

DATE DU RAPPORT :            /        /

SIGNATURE DU DECLARANT :  
TEMOIN(S) :

SIGNATURE(S) DU(ES)

## Annexe 3

### **La prévention des violences en milieu hospitalier : l'ONVS, pour une politique volontariste mise en place par le ministère de la santé**

L'observatoire national des violences en milieu hospitalier (ONVH) a été créé en 2005 par circulaire (11 juillet 2005), laquelle instaure un recensement des actes de violences commis au sein des établissements de santé, publics comme privés.

Un commissaire de police, détaché au sein de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) assure l'interface entre l'observatoire, le ministère du travail, de l'emploi et de la santé, et les institutionnels extérieurs. Dans ce cadre, il est chargé d'animer la politique de prévention et de lutte contre les violences survenant en milieu hospitalier.

A ce titre, il réalise des diagnostics de sécurité au profit des établissements le sollicitant et présente les analyses tirées des faits de violence signalés.

Par ailleurs, il coordonne les politiques de prévention et de traitement des violences entre les ministères concernés, notamment en assurant:

- une étroite collaboration entre les forces de sécurité et les établissements de santé, avec la réalisation de diagnostics de sécurité, la mise en place de conventions de fonctionnement, la formation d'un référent-sécurité dédié à la sécurité au sein des directions départementales de sécurité publique ;
- l'organisation rationnelle des établissements par la gestion des flux de personnes (patients et accompagnateurs, personnels soignants), l'aménagement des locaux d'accueil et d'attente pour apaiser les tensions et la matérialisation des limites extérieures de l'établissement ;
- le renforcement des dispositifs concrets de protection : équipes de sécurité, protocoles d'alertes, définition du circuit des objets dangereux et de substances illicites ;
- la prise en compte de la sécurité dans les cursus de formation initiale et continue des personnels hospitaliers, médicaux et non médicaux ;
- l'accompagnement et le suivi (administratif, juridique et psychologique) des professionnels victimes, au regard notamment du dépôt de plainte.

Les données diffusées depuis la création de l'observatoire sont les suivantes :

- entre 2006 et 2007 : + 21% de signalements de faits de violence enregistrés (2 690 faits en 2006 contre 3 253 en 2007)
- entre 2007 et 2008 : + 5.6% de signalements de faits de violence enregistrés (3 433 signalements) par 257 établissements déclarants (+ 3.2% d'ES)
- entre 2008 et 2009 : +38% de signalements d'actes de violence enregistrés (4742 signalements) par 331 établissements de santé (+29% d'ES)
- entre 2009 et 2010 : + 7% de signalements d'actes de violence enregistrés (5090 signalements) par 303 établissements (-8% d'ES)

Ces 2 données conjuguées nécessitent une prudence indispensable car les faits de violence recensés n'étant pas exhaustifs, les hausses peuvent être liées à un seuil de tolérance abaissé, une plus grande facilité pour les ES de signaler les faits survenus au sein de leurs structures, une volonté des directions de développer une politique de sécurité des personnes et des biens, générant dès lors une saisine plus fréquente de l'ONVS

La politique de sécurisation des activités hospitalières, fondée sur le partenariat, la sécurisation des sites, la sensibilisation et la formation des professionnels, ainsi que l'accompagnement des victimes, se poursuit au travers des circulaires successives du ministère chargé de la santé (circulaire du 15 juin 2007 relative à la mise en place du plan Hôpital 2012, circulaire du 15 juillet 2009 relative aux axes et aux actions de formation prioritaires, protocole santé-sécurité-justice du 12.08.2005 modifié le 10.06.2010).

Cette politique a été étendue à tous les professionnels de santé par une adaptation du protocole du 10.06.2010 au profit des professionnels de santé exerçant notamment en libéral et la signature entre les Ministères de la Santé, de l'Intérieur et de la Justice le 20 avril 2011.

L'investissement de l'Observatoire National dans toutes les politiques de sécurisation au bénéfice de toutes les structures et de tous les professionnels de santé, a conduit à une évolution de sa dénomination : l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) a succédé à l'Observatoire National des violences en milieu Hospitalier (ONVH) depuis le 01.01.2012.

## Annexe 4

### Fiche de déclaration à l'ONVH

Tout établissement de santé désirant déclarer les événements de violence survenus dans son enceinte doit solliciter l'agence régionale de santé (ARS) dont il dépend ou le service de l'USID de la DGOS afin d'obtenir les codes d'accès au site de déclaration ([06@sante.gouv](mailto:06@sante.gouv)). Les bilans annuels de l'ONVH y sont également accessibles.

*> Plus d'information : [www.sante-sports.gouv.fr/hopital](http://www.sante-sports.gouv.fr/hopital), rubrique « Zoom sur » puis « Observatoire national des violences en milieu de santé » ou sur le lien <http://osis.sante.gouv.fr/oNVS/>*

## Annexe 5

# Protocole du 10 juin 2010



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR,  
DE L'OUTRE-MER  
ET DES COLLECTIVITÉS  
TERRITORIALES

MINISTÈRE DE LA JUSTICE  
ET DES LIBERTÉS

### PROTOCOLE D'ACCORD

Entre

Le ministre de la santé  
et des sports

Le ministre de l'intérieur,  
de l'outre-mer  
et des collectivités territoriales

Le ministre d'Etat,  
garde des sceaux, ministre de la  
justice et des libertés

Est convenu ce qui suit :

Le présent protocole modifie et complète le protocole signé le 12 août 2005. Il formalise aussi l'engagement de l'autorité judiciaire dans le dispositif partenarial.

Est convenu ce qui suit :

#### Article 1<sup>er</sup>

Le présent protocole a pour objectif d'améliorer la sécurité des établissements de santé publics et privés, dans les services en général et les urgences en particulier, ainsi qu'à leurs abords immédiats, de renforcer la coopération entre les dits établissements et les services de l'Etat compétents en matière de prévention de la violence et de traitement de la délinquance.

Il s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre d'une politique de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire national conduite dans les régions par les Agences Régionales de Santé.

#### Article 2

Conclu entre le Ministre de l'Intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, le Ministre de la Santé et des Sports et le Ministre d'Etat, Garde des Sceaux, Ministre de la Justice et des libertés, le présent protocole engage les services centraux et déconcentrés de ces trois ministères, les agences régionales de santé (ARS) ainsi que les établissements de santé concernés, sous l'égide et la coordination du Procureur de la République et du représentant de l'Etat dans le département d'implantation.

### **Article 3**

Un membre du corps de conception et de direction de la police nationale est détaché auprès de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour une durée de trois ans, renouvelable.

### **Article 4**

Un représentant issu du service de police ou de gendarmerie du lieu d'implantation de l'établissement de santé sera désigné en qualité de correspondant ; il sera au quotidien l'interlocuteur privilégié du directeur pour les problèmes de sécurité. Cette mesure doit conduire à renforcer les liens nécessaires à la mise en œuvre de mesures de prévention des situations de violence et à y mettre fin dans les meilleures conditions.

### **Article 5**

Lorsqu'il l'estime nécessaire, le directeur de l'établissement de santé et le correspondant du service de sécurité territorialement compétent font procéder à un diagnostic de la sécurité à l'intérieur et aux abords de l'établissement. Le Procureur de la République est tenu informé. Pour ce faire, ils s'appuient sur les signalements de violence enregistrés et déclarés par l'établissement et les problèmes d'insécurité survenus dans l'établissement ou à ses abords. A l'issue ils élaborent une liste de préconisations. Les diagnostics réalisés pourront être utilement communiqués lors de la réunion du Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance.

### **Article 6**

Le diagnostic de sécurité de l'établissement servira au directeur de l'établissement de santé à réaliser les adaptations organisationnelles et matérielles nécessaires à la préservation ou au rétablissement de la sécurité et de la tranquillité.

Ces préconisations seront de nature à répondre aux problèmes propres à chaque établissement : définition d'un moyen de communication d'urgence adapté aux difficultés, réglementation et sécurisation des accès, vidéo protection.

Pour les services d'urgence, la mise en place de dispositifs permettant de réduire les délais d'attente, souvent à l'origine des violences, sera recherchée.

De même un règlement intérieur limitant le nombre de personnes accompagnant le patient au service d'urgence sera de nature à réduire les risques.

A la demande du directeur, les patrouilles périodiques ou aléatoires pourront être conduites par les forces de l'ordre dans l'enceinte hospitalière extérieure aux bâtiments et des prises de contact convenues avec le personnel.

### **Article 7**

Pour toute situation de danger ou de trouble avéré, le recours immédiat au service de police ou de gendarmerie se fera par usage d'une procédure d'alerte prédéfinie. Les interventions des services de sécurité feront l'objet d'un traitement particulier

#### **Article 8**

Afin de permettre son intervention rapide en cas d'infraction grave ou de problème de sécurité constaté dans l'enceinte de l'établissement hospitalier, le service de police ou de gendarmerie territorialement compétent sera informé dans les meilleurs délais selon les procédures arrêtées préalablement.

Le personnel des établissements de santé sera sensibilisé sur la préservation des traces et indices en cas de commission d'infraction, selon les modalités définies conjointement par le chef d'établissement et le chef du service de police ou de gendarmerie territorialement compétent.

#### **Article 9**

En cas de conduite d'individu présentant des risques avérés de violences, les services de sécurité avertiront téléphoniquement les services d'urgence de l'arrivée de l'escorte et les services de soins interviendront dans les plus brefs délais.

Dans le but de réduire au maximum les risques de violence découlant des missions d'escorte (gardés à vue, détenus et retenus conduits aux soins, individus en état d'ivresse ...), un accès distinct de l'itinéraire réservé au public sera privilégié.

Dans toute la mesure du possible, un local spécifique, à l'abri des regards du public, sera mis à disposition de l'escorte et de l'individu en attente de soins.

#### **Article 10**

En vue de faciliter les démarches des professionnels de santé victimes d'infraction et si la situation le requiert, les plaintes seront recueillies sur place ou dans le cadre d'un rendez-vous dans les meilleurs délais. Si la situation le justifie, la victime se verra proposer sa domiciliation à l'hôpital, voire au service de police ou à la brigade de gendarmerie.

Les personnels de santé apporteront toutes indications utiles au bon déroulement de l'enquête.

#### **Article 11**

Compte-tenu de la nécessaire circulation de l'information entre les différents partenaires dans le cadre de la lutte contre les violences en milieu hospitalier et de la nécessité de permettre d'éventuelles constitutions de partie civile, le Procureur de la République veillera à aviser, dans les meilleurs délais, les directeurs d'établissement de santé de toutes les suites procédurales réservées aux saisines dont il fait l'objet, qu'il s'agisse d'un classement sans suite, d'une mesure alternative aux poursuites pénales ou d'un renvoi à une juridiction pénale.

#### **Article 12**

Le présent protocole sera décliné localement par un écrit définissant pour chaque établissement les modalités pratiques et adaptées de sa mise en œuvre.

Une copie sera adressée au Ministère de la Santé et des Sports et au Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales sous le timbre du Préfet, et au Ministère de la Justice et des libertés sous le timbre du Procureur Général.

**Article 13**

Dans le cadre d'un comité de suivi, les services compétents des trois ministères procéderont à une rencontre annuelle, qui sera l'occasion d'examiner les bilans de mise en œuvre du protocole aux fins d'évaluer les réalisations et l'évolution des conditions de leur coopération, et de fixer les nouvelles orientations de travail.

Une rencontre analogue sera organisée dans les départements sous l'égide du Préfet et du ou des Procureurs de la République.

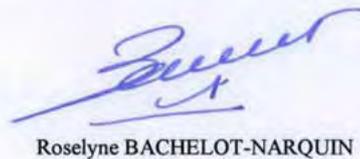
Fait à Paris, le 10 JUIN 2010

Le ministre de l'intérieur,  
de l'outre-mer et des collectivités territoriales



Brice HORTEFEUX

La ministre de la santé et des sports



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Le Ministre d'Etat, Garde des Sceaux,  
Ministre de la justice et des libertés



Michèle-ALLIOT-MARIE

## Annexe 6

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

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

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

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

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

Le code pénal punit l'atteinte à cette obligation :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le tableau ci-après synthétise les différentes situations :

#### DÉROGATIONS AU SECRET PROFESSIONNEL

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

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

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

ONVH-2011