

Violences dans les lieux de soins :

Le rapport 2017 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) reste un outil précieux mais qui comporte de nombreuses limites liées aux faibles taux de déclaration des faits de violence par les établissements. Conscient de cette difficulté, l'Observatoire développe une approche plus qualitative.

Le rapport 2017 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) vient d'être publié. Il rapporte les données recueillies en 2015 et 2016. Rappelons que cet observatoire a été créé en 2005 dans la foulée du double meurtre de Pau (1).

LES MISSIONS DE L'ONVS

Deux circulaires et deux protocoles nationaux définissent les missions et contours de l'ONVS (2). La première instaure une remontée systématique des informations relatives aux faits de violence des établissements vers les Agences régionales de santé et de ces dernières vers la Direction générale de l'offre de soin (DGOS).

En 2005, un protocole national met en avant le nécessaire rapprochement entre l'hôpital et les forces de l'ordre pour améliorer la sécurité des établissements puis en 2010, un nouveau protocole y adjoint le ministère de la Justice. Parmi les dispositions envisagées on note, entre autres, la désignation d'un interlocuteur spécialisé privilégié pour l'hôpital, la surveillance renforcée des services d'urgence, l'établissement d'un système d'alerte... Initialement composé de représentants du monde hospitalier et des ministères de l'Intérieur et de la Justice, l'ONVS s'est ouvert, à partir de 2009, aux représentants des différents ordres professionnels.

Il a pour mission de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre pour garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés. Il a compétence sur les secteurs sanitaires et médico-sociaux publics et privés et sur la médecine de ville. En élargissant ses lieux d'intervention, il a probablement perdu un peu de son efficacité.

Afin de recenser les actes de violence commis en milieu de santé, l'Observatoire a conçu un système de remontée des actes de violence, en principe systématique, la plate-forme signalement ONVS (3). Par le biais d'une application, une procédure de recueil permet de recenser les atteintes et de centraliser les événements, incivilités et violences.

Les établissements de santé peuvent également solliciter l'appui technique de l'ONVS, soit à la suite d'événements violents, soit dans le cadre d'un projet de restructuration. L'Observatoire se déplace également sur tout le territoire national, ce qui lui permet de rencontrer et de sensibiliser les acteurs de terrain. Il participe également à des conférences sur diverses thématiques.

LES DONNÉES CHIFFRÉES

L'intérêt du rapport 2017 ne réside pas dans ses données chiffrées. La modification de l'outil de recueil de données effectuée en 2012 interdit en effet toute comparaison avec les années précédentes. Précisons que les signalements recueillis ne sont pris en compte que sur la base du volontariat des établissements. Ainsi, en 2015 et 2016, respectivement 5 et 6 % des établissements ont déclaré 15 990 et 17 596 signalements. Faut-il en conclure que les établissements non-déclarants ne connaissent pas de violences ? Sûrement pas. Une fois cette réserve posée, le rapport note que la psychiatrie recense 25 % en 2015 et 23 %

en 2016 de l'ensemble des atteintes aux personnes ; 54 % en 2015 et 47 % en 2016 de ces atteintes sont des violences physiques au cours desquelles le personnel hospitalier est victime dans plus de 8 cas sur 10. Retenons également que la psychiatrie qui totalisait 25 % des faits déclarés en 2011, ne représente plus que 20 % en 2016 (voir tableau ci-contre). Est-ce lié à l'évolution du nombre d'établissements déclarants ou à une baisse de la violence ?

« Un ado a saisi, sans raison, un autre ado, lui a attrapé les cheveux puis lui a donné un coup de pied au visage alors qu'il était à terre. »
« À la fin de l'entretien, le patient remet spontanément une lame de rasoir qu'il avait caché et avoué des tendances suicidaires. »

(Extraits de signalements)

UN RAPPORT PLUS QUALITATIF

Difficile donc d'exploiter des données chiffrées. Conscient de cette difficulté, l'ONVS affine ses critères et propose une analyse de plus en plus qualitative, affrontant alors d'autres biais. Il en va ainsi de la prise en compte des troubles psychiques ou neuropsychiques lorsque le fait déclaré leur est directement imputable. Un tel critère

est par essence inapplicable, l'abolition du discernement étant une donnée très complexe que même les experts ont du mal à trancher. Dans le cadre d'une fiche d'incidents, c'est mission impossible.

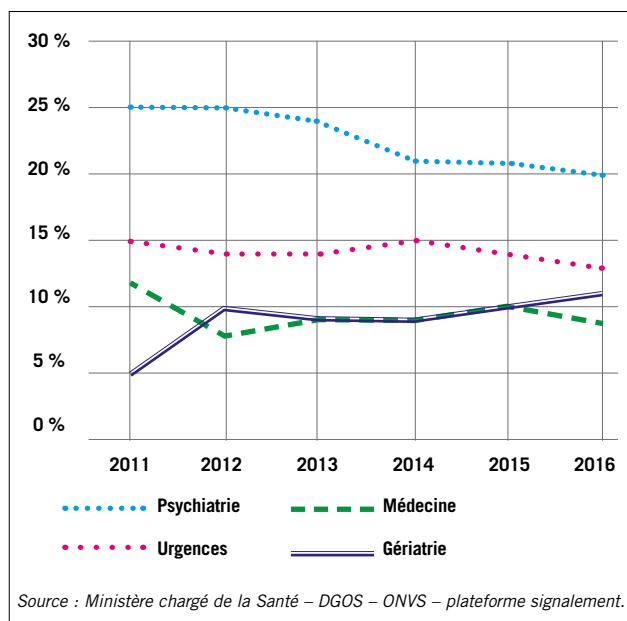
Le rapport 2017 est assorti de quelques commentaires et exemples extrêmement bienvenus. Ceux-ci peuvent favoriser un véritable dialogue avec les cliniciens, qui pourraient s'en emparer et les étudier dans le cadre de groupes de travail destinés à prévenir et accompagner les manifestations d'agressivité et de violence. Ils peuvent également permettre aux équipes de se décentrer et de percevoir ces phénomènes comme une donnée à travailler et non pas comme une fatalité qui s'abat sur elles.

UN GUIDE POUR PRÉVENIR

L'Observatoire propose également des fiches réflexes, présentées dans ce rapport 2017 et téléchargeables sur le site de

les outils de l'ONVS

ÉVOLUTION ANNUELLE EN POURCENTAGE DE LA PART DES SIGNALEMENTS POUR LES SERVICES LES PLUS IMPACTÉS



l'ONVS (4). Elles sont le fruit d'un travail collectif qui a réuni différents professionnels (encadrement hospitalier, directeurs et juristes). Ces feuilles de route se veulent « opérationnelles, destinées à faciliter les démarches, formaliser la violence subie ou ressentie et accompagner les victimes tout au long du processus de reconnaissance de leur situation » (5).

La partie sur la prévention des violences et des incivilités, la présentation des bonnes pratiques et les éléments techniques sont intégrés dans le « Guide méthodologique de l'ONVS » intitulé *La prévention des atteintes aux personnes et aux biens en milieu de santé*, dont la 1^{re} édition a été mise en ligne fin avril 2017 (6). Là encore, on trouve des réflexions passionnantes qui ouvrent des pistes de réflexion à la communauté hospitalière. Retenons par exemple dans la partie accompagnement des victimes : « Se constituer partie civile dès qu'un personnel est victime d'atteinte aux personnes. Un préjudice direct suffit à motiver la constitution de partie civile. (6) » Les directions d'hôpitaux bien souvent frileuses quand il s'agit d'ester, trouvent ici la marche à suivre. Si les professionnels méconnaissent la protection pénale dont ils bénéficient, il n'en reste pas moins difficile, en psychiatrie, de soigner un patient contre lequel on a porté plainte individuellement, d'autant que nombre de ces patients sont hospitalisés sous contrainte.

LA VIOLENCE N'EST PAS UNE FATALITÉ

L'ONVS rappelle par ailleurs que le meilleur cadre d'action pour la sécurité est constitué par la « convention santé-sécurité-justice » encore trop peu mise en œuvre (530 conventions depuis 2010 pour les établissements de santé et 54 conventions pour les ordres professionnels). Le facteur humain doit

être privilégié en générant des contacts réguliers, des relations étroites et la connaissance mutuelle des différents acteurs, de leurs impératifs et logique d'action. L'hôpital n'est plus un sanctuaire. « Les personnels de santé, sans pour autant se transformer en policiers et gendarmes, ni "bunkeriser" les établissements, ont un rôle à jouer de premier ordre dans la sécurisation quotidienne de leur établissement. Ils sont par ailleurs les plus à même d'instiller au cœur de leur lieu de travail les réflexes et les réflexions indispensables pour analyser les causes de violence et comprendre ce qui, par leur action, peut participer à les faire reculer. (6) »

UNE POLITIQUE D'ANALYSE OBJECTIVE DES CAUSES

Les établissements sont donc invités à investir dans une véritable politique d'analyse objective des causes de violences et d'incivilités, à rechercher dans les facteurs humains (relations soignants-soignés), les facteurs institutionnels et organisationnels et les facteurs architecturaux. Parmi les solutions envisagées, on peut mettre en avant les formations à la gestion des agressions verbales et physiques, les diverses formes de soutien (hiérarchique, psychologique...) notamment dans les secteurs les plus sujets aux violences (quelles que soient leurs typologies), les formations d'acquisition des connaissances notamment en psychiatrie et en gériatrie, et les contacts étroits et réguliers avec les partenaires institutionnels.

Dominique FRIARD

1– Fait divers survenu dans la nuit du 17 au 18/12/2004 à l'hôpital psychiatrique de Pau. Une infirmière et une aide-soignante ont été tuées par Romain Dupuy, un patient schizophrène entré par effraction dans leur unité. Ce fait divers provoqua une émotion considérable chez les soignants et dans l'opinion.

2– Circulaire DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000, Circulaire DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005. Protocole national signé le 12 août 2005 entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Intérieur, il met en avant le nécessaire rapprochement entre l'hôpital et les forces de l'ordre pour améliorer la sécurité des établissements hospitaliers publics et privés. Ce protocole a été modifié et complété par celui du 10 juin 2010 dans lequel s'est associé le ministère de la Justice.

3– <https://o6.sante.gouv.fr/onvs/a.asp?Ecran=1920&Ht=1080&js=1>

4– « Fiches réflexes du ministère de la Santé », « Guide du ministère de la justice » et « Points clés d'une politique de sécurité en établissement de soins ».

5– Observatoire national des violences en milieu de santé, Rapport 2017 (données 2015 et 2016), Direction générale de l'offre de soin, V. Terrenoir et Claude Barat – <http://social-sante.gouv.fr/dgos/onvs>

6– Guide méthodologique ONVS « Prévention des atteintes aux personnes et aux biens » (2017-04), pages Internet du ministère des solidarités et de la santé dédiées à l'ONVS.