

## **Les violences à l'hôpital : analyse et solutions\***

### **La violence à l'hôpital : l'expérience d'un service d'urgences**

- ▶ *Pr Enrique Casalino (Chef de service)*
- ▶ *Mlle Florence Langlois (Infirmière)*
- ▶ *M Philippe Gault (Cadre faisant fonction)*

*Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Bichat-Claude Bernard - Paris*

La violence est le terme couramment employé pour décrire un climat d'insécurité, fait de multiples incidents et, plus rarement, d'événements graves. Comme bon nombre d'autres lieux publics, l'hôpital y est désormais confronté. Les patients et leurs accompagnants sont de plus en plus exigeants et agressifs et de moins en moins tolérants. Les usagers revendiquent, à juste titre, leur droit à des soins de qualité, dans un environnement rassurant et confortable, des informations claires et loyales, ainsi que la disponibilité des équipes de soins. Cette contradiction entre les attentes des patients et la capacité de réponse de la structure de soins peut aboutir à un climat d'insécurité, qui se traduit par des incidents nombreux (incivilités, menaces, insultes) et parfois graves (menaces de mort, agressions physiques).

#### ***L'expérience du Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital Bichat-Claude Bernard (SAU BCB)***

Il est couramment accepté que la fréquence des incivilités, agressions verbales et physiques, soit plus importante dans les services d'urgences. Ces incidents sont autant le fait des patients que de leurs accompagnants, de patients psychiatriques que de patients admis pour des problèmes somatiques. Par ailleurs, l'alcool apparaît comme un facteur de risque.

Au SAU BCB, une réflexion mise en place depuis quatre ans a abouti à une nouvelle approche de la politique de sécurité. Chacune des agressions répertoriées a été étudiée, afin d'en évaluer les causes, l'évitabilité ou les moyens qui auraient pu en réduire les conséquences. Certains constats ont ainsi été faits.

La plupart des événements graves ont été jugés évitables ou prévisibles ; des mesures auraient pu être prises pour réduire leur risque de survenue ou leurs conséquences.

Autre constat : on ne peut dissocier la sécurité du personnel des urgences de la sécurité des soins.

Enfin, les conséquences d'un climat d'insécurité dans un service d'urgences sont de deux ordres :

- pour les patients : diminution de l'offre de soins, diminution de la qualité des soins et de la satisfaction des usagers des urgences, craintes pour leur propre sécurité lors de leur séjour aux urgences ;
- pour les personnels : insatisfaction, sentiment d'insécurité, démotivation, augmentation de l'absentéisme et du turn over, réduction de la capacité de recrutement du service, impossibilité à conduire des projets de soins sur le moyen/long terme, diminution de la qualité des soins.

Deux types de défaillance ont été mis en évidence :

---

\* Un colloque a été organisé sur ce thème à Paris par la MACSF le 21 janvier 2010, et sera suivi d'autres réunions en province. Pour connaître les lieux et dates, consultez le site [www.macsf.fr](http://www.macsf.fr).

- les *défaillances actives* ou *erreurs patentes* commises par les acteurs en première ligne, et qui ont un lien direct avec l'incident ;
- les *erreurs latentes* correspondant à une caractéristique du système ayant contribué à l'incident (défaut d'organisation).

L'événement grave est la résultante d'une succession de situations critiques, avec participation de multiples acteurs ou incidents répétés et situations permettant la traduction objective de dysfonctionnements ou erreurs. Ces dysfonctionnements comprennent :

- les tâches à accomplir ;
- des facteurs individuels ;
- l'environnement de travail ;
- le fonctionnement de l'équipe de soins ;
- l'organisation du service et de l'établissement ;
- le contexte institutionnel.

Notre approche a consisté à nous situer en amont de l'événement et de favoriser les interventions qui pourraient prévenir les incidents graves en réduisant les incidents mineurs. Notre stratégie de prévention de la violence repose sur la restauration d'un climat de sécurité dans le service. Une approche sécurité qui s'intègre dans le projet qualité du service doit être proposée, ce qui permet de rappeler nos valeurs, de donner du « sens soignant » à notre démarche et de favoriser l'adhésion des équipes.

Les objectifs de ce projet qualité sont d'assurer :

- l'accès aux soins de tous les patients se présentant aux urgences ;
- la qualité et la sécurité des soins de tous les patients ;
- des conditions de travail optimales pour nos équipes ;
- le respect de la dignité des patients et la confidentialité ;
- la sécurité des biens et des personnes : personnels du SAU, des services partenaires (radiologie, psychiatrie, etc...), des patients présents dans le service, des accompagnants et des familles, et enfin du matériel et des locaux du SAU.

### *Déclinaison des aspects organisationnels et fonctionnels les plus importants*

La démarche entreprise par les équipes des urgences a été courageuse. Nous avons d'abord travaillé sur notre part de responsabilité, sur nos propres erreurs, limites et dysfonctionnements. Le projet a ensuite été décliné au sein du projet qualité du SAU BCB. Cette réflexion a permis de dégager les principaux points ayant un impact sur l'insécurité aux urgences.

- **Améliorer l'accueil et les conditions de séjour aux urgences**

Les équipes ont été sensibilisées à la qualité de l'accueil des patients : courtoisie, disponibilité, attitude d'empathie et expression gestuelle de gentillesse, suivies de marqueurs tels que les mots « *s'il vous plait* » et « *merci* ».

De même, nous avons travaillé sur la propreté des locaux, notamment des toilettes, leur entretien (peinture, réparation des dégradations), l'éclairage et la signalétique.

En effet, les conditions déplorables de séjour aux urgences avaient été identifiées comme une source de tension, aussi bien pour les personnels du SAU que pour les patients et leurs accompagnants. Nous nous sommes fixé un objectif qualité : « *zéro patient dans les couloirs des urgences* », auquel nous sommes parvenus grâce à une stratégie ambitieuse de gestion des flux, de définition de zones d'attente, de réévaluation continue des conditions d'attente (assis /

allongé), et à une politique volontariste de juste prescription des traitements intraveineux et des examens complémentaires.

#### ▪ **Améliorer l'information des patients et des accompagnants**

Nous, soignants, devons reconnaître qu'un des domaines dans lesquels nous avons le plus de progrès à faire est celui de l'information. Compte tenu de la brièveté du séjour, cette situation devient forcément plus sensible aux urgences. Le manque d'information est à l'évidence une source de tension et d'incompréhension entre les patients, leurs accompagnants, et les personnels du SAU. L'information des familles et accompagnants doit porter sur le déroulement des soins, la décision d'orientation et le lieu d'hospitalisation. Elle repose sur la désignation par le patient de la personne de confiance prévue par la loi du 4 mars 2002. Elle vise à l'obtention d'un consentement éclairé à chacun des actes diagnostiques et thérapeutiques proposés aux urgences.

Un poste d'infirmier(ère) de médiation a été créé aux heures de pointe de l'activité afin d'assurer le lien entre le secteur de soins et la salle d'attente. Parallèlement, les associations d'usagers participent à cet effort, par la présence de bénévoles sur le terrain qui assurent le lien entre les patients, leurs accompagnants et les équipes de soins.

#### ▪ **Réduire les délais d'attente**

Un motif récurrent d'insatisfaction et de réclamation au SAU est le délai d'attente. Ce temps d'attente aux urgences a une dimension complexe, avec plusieurs sous-unités qui s'enchaînent : délai entre l'arrivée et l'intervention du premier médecin prenant le patient en charge, temps de réalisation des examens, temps de recherche d'un lit disponible en cas d'hospitalisation, et temps total de passage (entre l'enregistrement et la sortie effective des urgences).

Nous avons mis en place une organisation qui repose sur un tri réalisé par un(e) infirmier(ère) d'accueil et d'orientation (IAO), une installation immédiate des patients par cet IAO dans les secteurs de soins, une polyvalence des équipes médicales (plus de flux parallèle de chirurgie et de médecine, mais orientation selon la priorité), une définition de zones d'attente assis et couché, et un suivi journalier des indicateurs qualité des délais d'attente médecin et du temps total de passage.

Cette nouvelle organisation nous a permis, notamment pour les patients relevant d'une consultation simple, de réduire de façon sensible les délais d'attente médecin et le temps total de passage aux urgences. Il est évident que la tension dans les secteurs de soins et dans la salle d'attente est bien moindre aujourd'hui, que les conditions de travail des personnels se sont améliorées, ce qui se traduit par leur attitude plus accueillante. Les patients et leurs accompagnants voient leur séjour aux urgences se dérouler dans une ambiance plus détendue et plus en adéquation avec leurs légitimes attentes d'écoute et de confort.

#### ▪ **Formation des personnels du SAU**

La formation du personnel a été orientée sur trois axes : prévention des conflits, gestion des incidents, gestion des événements graves. Ces formations ont été assurées en interne par une psychologue clinicienne. Dans le même temps, nous avons mis en place une dynamique visant à renforcer les valeurs du SAU BCB, en travaillant sur la courtoisie, la disponibilité, et l'accueil de toutes les personnes se présentant dans notre service. Nous avons rappelé et valorisé notre mission de service public auprès des personnes en situation de précarité, ce qui nous a permis de réduire de façon significative les incidents concernant la prise en charge des urgences non vitales, des petites consultations et des urgences sociales.

La présence au SAU BCB d'infirmiers de psychiatrie et de gériatres apporte à nos équipes de soins, dans la prise en charge des urgences psychiatriques et de la population âgée, une nouvelle dimension dans l'accompagnement, l'écoute et la qualité des soins.

#### ▪ **Projet fonctionnel et architectural des urgences**

L'organisation fonctionnelle d'un service est indissociable de sa conception architecturale. Pour être performant, un service d'urgences doit avoir des secteurs fonctionnels et architecturaux définis, avec une surface et des capacités d'accueil suffisantes en nombre de postes. La réduction des délais d'attente, l'atteinte de l'objectif « *zéro patients dans les couloirs des urgences* » et la capacité du SAU à garantir le confort et la confidentialité pour chaque patient en dépendent. Le nombre de boxes nécessaires a été calculé sur la base d'une modélisation mathématique prenant en compte notre activité et les temps de présence des patients.

Les locaux doivent être conçus pour offrir des volumes suffisants, des espaces assurant le confort et la confidentialité. Les prestations hôtelières (surface des boxes, largeur des couloirs, choix des couleurs et des éclairages, qualité des repas fournis) constituent un point clé dans la genèse d'un climat de sécurité. Des locaux vétustes, mal entretenus, sales, malodorants, ne peuvent qu'exacerber les tensions propres au contexte de l'urgence.

Les liens fonctionnels et la proximité immédiate des services partenaires tels que la radiologie, la réanimation et les soins intensifs neurologiques sont des éléments architecturaux qui favorisent le bon fonctionnement et la sécurité des patients au SAU. De la même façon, la présence des équipes de psychiatrie et de gériatrie sont des éléments qui permettent des décisions collégiales avec une expertise incontestable.

#### ▪ **Rédaction de procédures**

Des procédures ont été établies pour l'accueil, le tri et le secteur de soins pour la prise en charge des patients psychiatriques, alcoolisés, à risque d'agitation ou de passage à l'acte violent. Elles rappellent notre rôle soignant, notre obligation envers le patient en termes de soins et d'empathie, les indications et le cadre de la sédation, l'isolement et les conditions de la contention aux urgences. Pour la contention, les procédures prévoient les règles d'application et les non indications, les modalités de mise en place et de levée lors des transmissions entre les équipes, la validation par le senior de garde et la contre-validation par le psychiatre.

#### ▪ **Approche sécuritaire :**

La gestion de la sécurité a reposé sur une vision pluridisciplinaire et participative. Elle trouve une entière légitimité dans le cadre d'un projet qualité où la prise en charge des patients et leur sécurité constituent des priorités.

- Gestion des accès du SAU : la salle d'attente et tous les accès aux secteurs de soins ont été sécurisés par des portes à code et des caméras, pour contrôler l'accès mais aussi les départs du SAU. Seuls les patients sont admis dans les secteurs de soins, les accompagnants doivent rester en salle d'attente. En contrepartie, un membre de l'équipe de soins informe les accompagnants sur les délais et l'orientation prévisibles.
- Présence d'agents de sécurité : elle a un rôle de dissuasion et permet de rassurer les personnes présentes en salle d'attente. En cas d'incident, leur intervention rassure les équipes de soins. Leur rôle est parfaitement encadré et réglementé.

- Responsabilisation des membres des équipes du SAU : l'expérience des agressions par des patients au SAU montre que l'agresseur avait le plus souvent déjà été identifié comme à risque, et que personne n'avait pris l'initiative de prendre les mesures nécessaires. Lorsqu'il s'agit d'accompagnants, ceux-ci avaient accédé au SAU sans invitation et avaient déambulé dans le service sans être interpellés. La prévention des agressions repose sur un état d'esprit où « *ma sécurité est aussi la sécurité de mes collègues* » : chacun doit être acteur de sa propre sécurité et de la sécurité collective (personnels, patients, locaux, équipements). Faire respecter les règles de sécurité est l'obligation de tous et de chacun.
- De l'incident à l'agression : c'est l'agent des urgences qui définit son seuil de tolérance et ce qu'il ressent comme une agression. Par expérience, on constate que les agents des urgences n'ont jamais abusé de cette procédure, et qu'ils arrivent à gérer en équipe la plupart des situations d'insécurité qu'ils rencontrent. Le cadre de santé des urgences est le référent pour toute situation d'insécurité ou de violence. Son rôle ne se limite pas à l'intervention post-incident, mais il joue également un rôle majeur dans la prévention et dans l'animation de l'équipe de soins pour réduire les tensions et améliorer leur vécu.
- Réponse adaptée, ferme et proportionnée : en cas d'incident ou d'agression, les procédures prévoient que l'équipe d'encadrement médical et paramédical a l'obligation d'intervenir. La réponse du service se doit d'être immédiate, ferme et proportionnée à la gravité ou aux conséquences du geste ou du comportement de l'agresseur. Pour cela, après évaluation de la situation par le cadre de santé et le médecin senior des urgences, plusieurs réponses peuvent être proposées. L'agresseur peut être rappelé à l'ordre ; il peut être éconduit du service après avoir été examiné par un médecin ; s'il est alcoolisé, il peut être orienté en procédure d'ivresse publique manifeste auprès de la police. Des plaintes peuvent être déposées en cas de dégradation des locaux, de menaces ou d'agression physique à l'encontre d'un personnel du SAU, ce que nous encourageons. Notre objectif est de ne jamais permettre, ni chez l'agresseur, ni chez l'agent du SAU victime d'une agression, ni chez l'ensemble du personnel du SAU témoin de cette situation, le développement d'un sentiment d'impunité et de non prise en charge rapide et efficace de la situation. La réponse immédiate vise à sécuriser et rassurer les personnels et les locaux du SAU. Dans un deuxième temps, le cadre de santé présent anime un groupe qui analyse les circonstances de survenue de l'événement indésirable, évalue et ajuste les procédures actuelles.
- Accompagnement des victimes d'agression : l'écoute de l'agent, le débriefing et l'analyse de l'événement sont des étapes précoces assurées par l'équipe d'encadrement médical et paramédical sur le terrain. Un cadre de santé accompagne l'agent s'il le demande lors des procédures locales (médecine du travail, psychologue si demande de l'agent, bureau de la sécurité anti-malveillance) ou extérieures, notamment en cas de dépôt de plainte auprès de la police. L'agent peut être accompagné par un avocat de l'institution en cas de convocation par les autorités judiciaires.

L'ensemble de ces mesures contribue à rassurer l'agent victime d'une agression, à créer une dynamique positive dans le service autour de la problématique de la sécurité et à éviter la banalisation de l'insécurité. Le danger est de permettre que des attitudes défensives se développent envers certains patients ou une certaine typologie de patients, situation incontestablement génératrice d'insécurité et de violence.

Nous devons favoriser la déclaration par les agents des incidents qu'ils estiment graves, et les sensibiliser si besoin à l'importance des suites judiciaires.