

# La violence dans les services d'urgences : évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisien

## Violence in the Emergency Department: Evaluation of a Policy to Reduce Violence in one University Emergency Department in Paris Area

E. Casalino · C. Choquet · S. Thomas · S. Erhel · P. Cossard · et le Groupe Projet Sécurité du service d'accueil des urgences Bichat

Reçu le 20 avril 2015 ; accepté le 17 juillet 2015  
© SFMU et Lavoisier SAS 2015

**Résumé Introduction :** Les violences au travail (VT) sont très fréquentes en milieu de soins et particulièrement aux urgences, leur réduction est donc une priorité. Néanmoins, aucune étude évaluant l'efficacité des politiques de réduction des VT n'est disponible. L'objectif de notre travail est de présenter les résultats de la stratégie de réduction des VT conduite dans notre service d'accueil des urgences (SAU).

**Méthode :** Le projet d'amélioration continue de la qualité mis en place dans notre SAU à partir de 2006 a eu comme objectifs d'améliorer les conditions d'accueil des patients, la sécurité des patients et du personnel, de lutter contre la maltraitance et de développer la bientraitance des patients, et de

réduire le nombre de VT. Pour mesurer l'impact du projet qualité, nous avons mesuré l'évolution des indicateurs entre 2006 et 2014 : temps d'attente médecin, temps total de passage, nombre de VT déclarées par le personnel, nombre d'interventions des équipes antimalveillance, absentéisme du personnel et satisfaction des usagers.

**Résultats :** Pendant la période d'étude, nous avons constaté une diminution significative ( $p < 0,001$ ) de la durée totale de séjour et du délai d'attente médecin, du nombre de VT déclarées et du nombre d'interventions des équipes antimalveillance au SAU et de la satisfaction des usagers des urgences.  
**Conclusion :** Notre travail permet de confirmer la haute fréquence des VT dans les SAU, le lien entre les VT et des aspects organisationnels, l'importance d'un projet d'amélioration continue de la qualité fondé sur la qualité des soins comme outil pour atteindre une réduction des VT, et permet de proposer des indicateurs simples de suivi et de mesure de l'impact des stratégies mises en place.

**Mots clés** Violences au travail · Violences aux urgences · Amélioration continue de la qualité

---

E. Casalino (✉) · C. Choquet · S. Thomas · S. Erhel  
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP),  
service d'accueil des urgences (SAU),  
hôpital Bichat-Claude Bernard, 46 rue Henri Huchard,  
F-75018 Paris, France  
e-mail : enrique.casalino@bch.aphp.fr

E. Casalino · C. Choquet  
Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité,  
EA 7334 « Recherche clinique coordonnée ville-hôpital,  
Méthodologies et Société (REMES) », Paris, France

Study Group for Efficiency and Quality of Emergency  
Departments and Non-Scheduled Activities Departments,  
Paris, France

P. Cossard  
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP),  
sécurité antimalveillance, hôpital Bichat, Paris, France

et le Groupe Projet Sécurité du service d'accueil des urgences  
Bichat  
Berthelot JPh, Colosi L, Debit A, Fourmau L, Guechi A, Hellman  
R, Hijazi M, Juillien G, Pigeau J, Moujaoui Ph, Kenway Ph,  
Clery R, Ranaivoson M

**Abstract Introduction:** Violence at work (VW) are very common in health care, especially in emergency department, and their reduction is considered as a priority. However, no study evaluating the efficacy of VW reduction policies are available. The aim of our work is to evaluate the strategy of VT reduction conducted in our emergency department (ED).  
**Method:** A continuous quality improvement program was done in our ED in 2006. Their objectives were to improve quality of care and patients and healthcare workers security, to fight against patients and to develop centred patients care, and to reduce the number of VW. To measure the impact of the quality improvement project, we measured between 2006 and 2014: doctor waiting time, total time of length,

number of VT, number of staff security interventions, healthcare workers absenteeism and user's satisfaction.

**Results:** During the study period, we found a significant decrease ( $p < 0.001$ ) for the total length of stay, physician wait time, number of reported VW, number of security team interventions, and user's satisfaction.

**Conclusion:** Our study confirms that VW is a frequent feature in ED, that a continuous quality improvement project is an efficient tool to achieve a reduction in VW, and that easy available parameter may be used as simple indicators to measure the impact of VW reduction policies in healthcare settings.

**Keywords** Violence against health care workers · Emergency · Continuous quality improvement

## Introduction

La fréquence des violences au travail (VT) a été estimée à 2,1/10 000 agents [1]. Chez le personnel de santé, elle est comprise entre 2,1 et 20,4/10 000 agents [2-4]. La fréquence annuelle des agressions physiques contre les agents de santé varie entre 3,1 % et 71 % [4-14], et les agressions non physiques représentent 38 % à 90 % [13-17]. Ceci explique que la prévalence des VT chez le personnel de santé hospitalier puisse atteindre 100 % [18]. Certains facteurs ont été associés à un risque accru de VT en milieu de soins. C'est le cas d'une dynamique de travail en équipe insuffisante, le plus souvent liée à des changements d'horaires, des interruptions de travail répétées, le harcèlement professionnel ou des difficultés avec sa hiérarchie. Mais aussi l'anxiété, la surcharge d'activité et une faible expérience professionnelle [18-21]. Les femmes, les infirmières et les médecins semblent plus exposés [18].

Les conséquences de la VT sont multiples et elles comprennent des conséquences sur les personnels de santé avec notamment des niveaux élevés de stress et de stress post-traumatique ; sur les patients avec une diminution de la qualité de la prise en charge et un changement dans le comportement des équipes soignantes ; et pour l'établissement avec principalement un moindre investissement des professionnels de santé, un turnover plus rapide des équipes et des surcoûts hospitaliers [22]. Pour toutes ces raisons, et le risque de séquelles physiques ou psychiques importantes chez les personnels de santé agressés, voire de décès, la réduction des VT dans le milieu de soins apparaît comme une priorité. Néanmoins, très peu de données sont disponibles concernant l'évaluation des stratégies de réduction des risques de VT dans le milieu hospitalier [23].

Les services d'urgences et de psychiatrie sont à risque accru de VT [18,21,24]. Les services d'urgences préhospitaliers

sont également concernés par cette problématique [25]. Alors que 5 % à 20 % des travailleurs européens ont rapporté des VT [26], ce chiffre atteint 81 % chez les personnels des services d'urgences [26,27]. Les IDE des services d'urgences ont déclaré plus de six épisodes de VT sur 18 mois [28], et 20 % ont déclaré plus de 200 épisodes de VT sur trois ans [29]. Sur la base d'une enquête mensuelle rétrospective, l'incidence des VT aux urgences a été estimée à 0,014 par jour et par agent [30]. La fréquence des VT aux urgences semble en augmentation [2]. Le crowding des urgences, les longs délais d'attente, le volume des consultations et l'absence d'un système de sécurité efficace ont été associés à un risque accru de VT aux urgences [31-33].

Les études actuellement disponibles dans les services d'urgences évaluant l'impact des interventions environnementales, des modifications des procédures de soins, des politiques de prévention et de renforcement des compétences individuelles et collectives, sont extrêmement pauvres et ne permettent pas de conclure sur la faisabilité, pertinence, efficacité ni validité des approches proposées [23]. Les études les plus récentes concernent l'évaluation de formations du personnel à la gestion du risque de violence aux urgences [34]. L'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) dans son rapport de 2012 [24] décrit rapidement les projets de plusieurs hôpitaux et services d'urgences mais aucune évaluation de leur impact n'a été réalisée.

L'objectif de ce travail est de présenter le projet de réduction des VT mis en place dans un service d'accueil des urgences (SAU) universitaire.

## Méthode

Le SAU Bichat-Claude Bernard (BCB) est situé au nord de Paris, il dessert un bassin de vie de 400 à 600 000 habitants, incluant des arrondissements du nord parisien et des communes limitrophes des départements 92 et 93. Son activité a été relativement stable entre 1995 et 2005 (+10 % de passages), mais elle a connu une forte augmentation entre 2006 et 2014 (+50 %), passant de 53 000 passages à 79 000 passages annuels. Les locaux du SAU BCB ont été rénovés en 2009. Depuis 2006, une réorganisation fonctionnelle en prévision des modifications architecturales avait été mise en place dans le cadre d'un projet d'amélioration continue de la qualité.

Nous avons construit des hypothèses de travail. Le comportement agressif de certains patients et accompagnants peut générer un sentiment d'insécurité chez le personnel de santé à l'origine d'un épuisement professionnel, avec comme conséquence : démotivation, intolérance aux incivilités et réduction de la capacité à gérer le stress des patients et des accompagnants. L'épuisement professionnel à son tour peut générer des comportements et des réactions inadaptées de protection ou méfiance envers les patients et leurs

accompagnants. Ce cercle vicieux peut être décrit à l'identique en débutant par des comportements agressifs chez le personnel de santé [30]. Notre système de soins est maltraitant [35] et le contexte de l'urgence expose certainement les patients à un risque accru de maltraitance (souffrance non justifiée, non-respect de la dignité des patients, non-respect de la confidentialité, absence d'information, mauvaises conditions d'accueil, réponse inadaptée du système de soins aux attentes ou demandes des patients) [36].

La Figure 1 résume l'analyse faite par l'équipe d'encadrement du SAU sur les mécanismes générateurs de l'insécurité ressentie par le personnel des urgences mais aussi par les patients et leurs accompagnants. Les raisons qui expliquent (mais ne justifient pas !) les incivilités et les comportements agressifs de certains patients et accompagnants expliquent (mais ne justifient toujours pas non plus !) la maltraitance des patients. Cette analyse permet de modéliser le climat de tension existant dans les services d'urgences et la genèse progressive d'un climat favorisant la survenue de VT.

Pour proposer des solutions, nous avons développé un modèle théorique basé d'une part sur la théorie des systèmes complexes dans la gestion des risques [37], qui précise que la survenue des événements est la conséquence de la succession d'erreurs ne permettant pas d'éviter la survenue d'un événement indésirable grave. L'autre, la pyramide des risques des accidents dans l'aéronautique et dans les accidents du travail (pyramide de Bird), qui indique qu'à 600 incidents mineurs

sans blessure ou dommage sont associés 30 accidents avec dommages matériels, 10 blessures mineures et 1 accident majeur [38]. Il nous est ainsi apparu que tous nos efforts devaient être orientés à la réduction des événements quotidiens (incivilités, attitudes déplacées, insultes, menaces) aux urgences qui sont à l'origine du sentiment d'insécurité des personnels soignants et des patients et accompagnateurs.

Notre stratégie a donc visé à apaiser l'ambiance générale du service. La Figure 2 résume notre hypothèse : la réduction des événements quotidiens, avant la survenue de VT, doit nous conduire à une réduction de la fréquence et de la gravité des VT.

L'équipe d'encadrement du SAU BCB a rédigé un projet de réduction des risques de survenue de VT. Les bases ont été : 1) la sécurité des patients et la sécurité des personnels sont indissociables ; 2) la sécurité doit s'intégrer dans le projet qualité du service. Le projet de réduction des risques de VT a reposé sur le projet d'amélioration continue de la qualité proposé par l'équipe d'encadrement du SAU BCB. Les objectifs ont été : 1) améliorer les conditions d'accueil des patients ; 2) améliorer les conditions de travail du personnel. Les principaux axes du projet qualité sont présentés dans le Tableau 1. Le Tableau 2 présente les principales modifications organisationnelles mises en place au SAU BCB pendant la période d'étude. Le projet étant la succession de modifications organisationnelles et de simplification des processus ne permet pas de faire des évaluations avant-apr

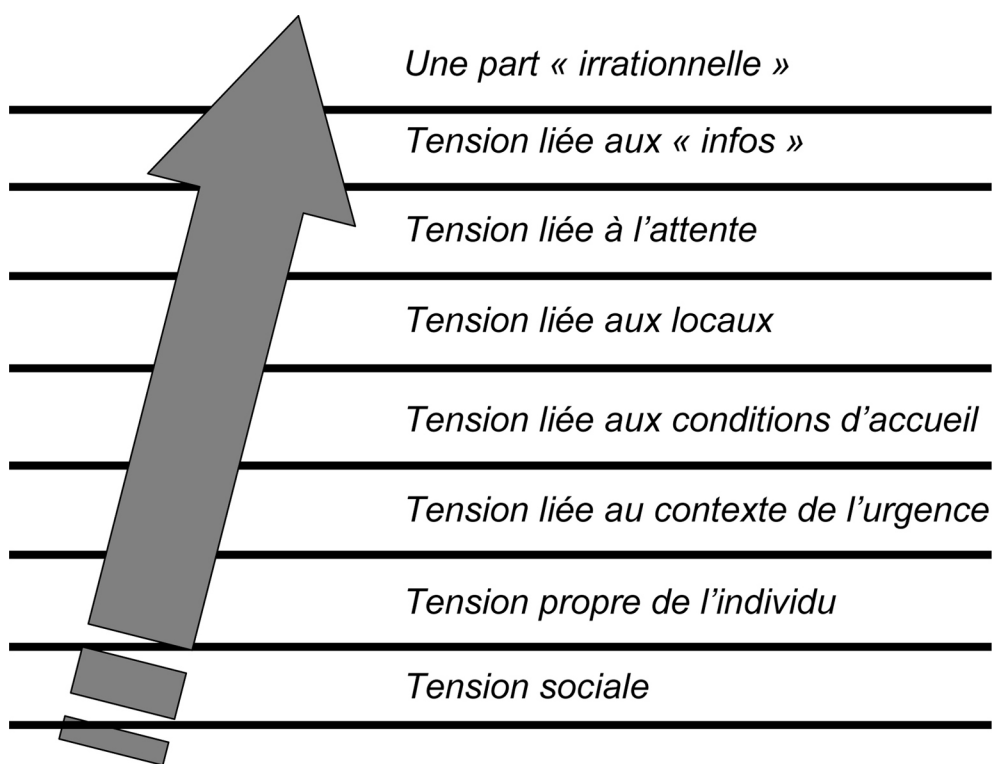
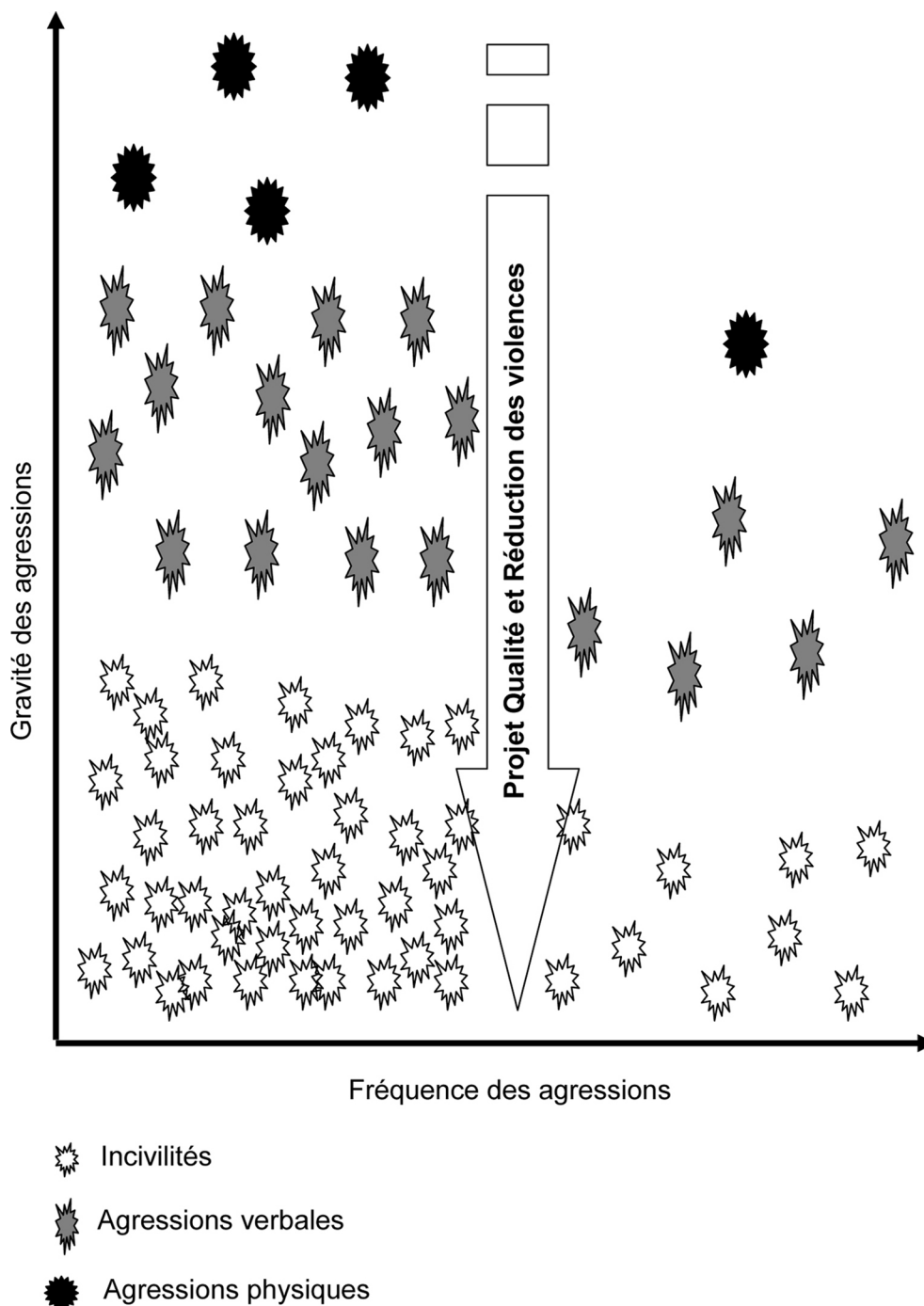


Fig. 1 Millefeuilles de l'insécurité aux urgences



**Fig. 2** Stratégie d'apaisement de l'ambiance générale du service

ès. Nous avons opté pour un suivi continu des indicateurs retenus tout au long de la période d'étude. La période d'étude est de 2006 à 2014.

Le projet qualité et d'amélioration continue de la qualité a reposé sur des modifications organisationnelles et la réorganisation des flux, progressivement mises en place à partir de 2006. Nous avons décidé de travailler sur trois composantes : 1) la qualité des soins (procédures adaptées, intervalles

de temps justifiés, juste prescription) ; 2) qualité de l'environnement hôtelier (propreté des locaux, éclairage, confort des patients et des accompagnants) ; 3) qualité de l'accueil : lutte contre la maltraitance et développement de la bientraitance. L'adhésion au projet a été obtenue auprès des équipes de soins par la valeur soignante partagée de la non-maltraitance et la bientraitance des patients ; et par la volonté affichée de réduire les VT au SAU BCB. En 2009-2010, l'objectif « zéro

**Tableau 1** Stratégie de réduction des risques de violence aux urgences et projet qualité.**Apaiser l'ambiance générale du service**

Créer/renforcer une culture de service	Rappeler les valeurs et les missions du service (précarité, intoxications éthyliques, urgences psychiatriques) Personnel des urgences investi d'une mission de service public au service des patients Rôle des SAU dans le dispositif dans la permanence des soins hospitaliers et des soins de ville Tout le personnel doit avoir une attitude accueillante et de disponibilité
Formations à l'accueil	Gestion du stress Qualité de l'accueil Gestion de la salle d'attente Information des accompagnants (rassurer, déroulement des soins, délais, prévisibles)
Lutter contre la maltraitance	Respect de la confidentialité des patients Respect de la dignité des patients Réduire les délais d'attente Zéro patients dans les couloirs des urgences
Renforcer l'information des patients et de la personne de confiance	Optimiser l'information des patients et des accompagnants Informers Rassurer Accompagner Obtenir l'accord des patients avant tout acte de soins ou technique
Développer la bienveillance des patients (mais aussi des accompagnants !)	Les mots magiques : « bonjour », « s'il vous plaît », « merci » Valorisation de la gentillesse Accompagnement Disponibilité Vocation de service Création d'une salle d'accueil des familles
Améliorer les conditions de séjour aux urgences des patients et des accompagnants	Définir des zones d'attente dédiées (patients assis, patients couchés) Définir des modalités d'accompagnement des patients Définir des circuits de soins en fonction du triage et de la complexité
Procédures de soins	Circuits spécifiques et personnel formé pour les urgences psychiatriques États d'agitation Intoxication éthylique Incivilités, comportements agressifs ou violences Refus de soins

**Développer une stratégie active de prévention des violences**

Occuper le terrain	Désamorcer les tensions latentes et les mini-crisis Ne pas attendre la crise pour intervenir Présence des cadres sur le terrain (24h/24)
Créer une culture de la sécurité	Valorisation du rôle de chacun dans la sécurité de tous Contrôle des visiteurs inopinés
Assurer des rôles de médiation	IDE de médiation Milieu associatif
Assurer des stratégies de dissuasion	Agents de sécurité Vidéosurveillance

**Sécuriser et humaniser les locaux**

Sécuriser les accès	Sécuriser les accès (portes avec accès restreints par clé salto) Contrôle des accès (caméras) Définition des circuits patients et visiteurs Règles pour les visites au SAU
---------------------	---

*(Suite page suivante)*

<b>Tableau 1</b> (suite)	
Conditions d'accueil et de séjour	Optimiser l'éclairage Garantir la propreté des locaux et des toilettes Garantir des conditions d'attente confortable (mobilier, décoration des locaux) Garantir la confidentialité des patients Optimiser le fléchage
Architecture	Locaux spacieux Choix des couleurs
Communication	Affichage en salle d'attente des délais prévisibles Explication des circuits et des délais d'attente Mise à disposition des patients et des accompagnants d'une ligne téléphonique
Réduire le sentiment de désordre aux urgences	Réduire le bruit (recours raisonné et limité de l'interphone) Tenu propre et uniforme unique pour les personnels des urgences Respect permanent entre les personnels du SAU Éviter les discussions entre les personnels du SAU devant les patients
SAU : service d'accueil des urgences ; IDE : infirmier(ère) diplômé(e) d'État.	

patient dans les couloirs des urgences » a été atteint. Notre projet qualité a compris une nouvelle approche de gestion des flux (disparition de la médecine/chirurgie et création de flux basés sur le triage, création de filières courtes), la simplification des processus (installation immédiate par l'IAO, juste prescription, favoriser le lever des patients), de créer et de renforcer des valeurs soignantes, et de créer une culture de service « toute personne se présentant ou conduite au SAU doit être enregistrée ; notre mission est de prendre en charge dans les plus brefs délais tous les patients, même ceux dont le motif de consultation semble inapproprié ; les « urgences ressenties » doivent être correctement reçues et prises en charge ; nous devons assurer des conditions optimales d'accueil, de prise en charge et de séjour à tous les patients et notamment aux patients plus fragiles (personnes âgées, suicidants, personnes en situation de précarité, victimes de violence, notamment les femmes, les patients alcoolisés et psychiatriques) ; nous devons garantir l'information complète, claire et loyale des patients et obtenir leur accord avant tout acte de soins ; la mission sociale du SAU est une de nos missions fortes et valorisantes ; notre rôle de soins comprend également la prévention ; notre responsabilité ne s'arrête pas à la sortie du patient et nous devons proposer des conseils et une orientation optimale adaptée à son état.

Notre stratégie a été d'apaiser l'ambiance générale du service par des interventions en amont des événements. Pour cela, il fallait occuper le terrain. Tous les agents du SAU ont été responsabilisés sur leur propre sécurité et la sécurité de leurs collègues. Signaler les tensions, intervenir dans une logique d'apporter des réponses aux attentes des patients et des accompagnants, signaler aux cadres toute situation de tension, fait partie de leur mission de soins. Nous avons investi les cadres de soins et les médecins seniors d'un rôle majeur. Ils sont les garants de l'atteinte des objectifs qualité

(réduction des délais d'attente, juste prescription des examens, lever des patients, information, attitude correcte des personnels), et lorsque des patients ou des accompagnants manifestent une insatisfaction quelconque, ils se doivent d'intervenir et d'apporter une réponse adaptée.

Nos équipes ont été sensibilisées à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance. Des formations spécifiques (gestion du stress, prise en charge du patient agité, du sujet agressif ou violent, des intoxications éthyliques) sont mises en place régulièrement pour tout le personnel des urgences dont le personnel de l'accueil, poste particulièrement exposé.

Le projet qualité a compris une série de mesures d'ordre sécuritaire de prévention des événements quotidiens et des VT au SAU. Celles-ci ont inclus entre autres : la sécurisation des accès ; un ordonnancement des visites des accompagnants ou des familles dans les secteurs de soins ; des procédures spécifiques de soins pour les patients à risque de générer des VT (intoxication alcoolique, agitation, comportements agressifs ou violents) ; l'installation de caméras de surveillance dans les accès aux urgences et la salle d'attente ; l'intervention immédiate des agents de sécurité et des forces de police en cas de VT ou de comportement dangereux. Ces dispositifs sécuritaires ont été indispensables et ont fait partie de notre projet qualité. Le Tableau 3 présente les plus importantes mesures mises en place en cas de survenue d'une VT. Cette tolérance zéro nous impose d'avoir la même attitude face à toute situation de maltraitance envers les patients. Si nous ne tolérons pas les incivilités ou les violences envers nos personnels, nous ne tolérons pas non plus la maltraitance de nos patients ou de leurs accompagnants. C'est cette « double tolérance zéro » qui a été appliquée au SAU BCB.

Nous avons suivi un certain nombre d'indicateurs pour mesurer l'impact de notre projet qualité. Tous les indicateurs



<b>Tableau 2</b> Principales modifications organisationnelles et managériales du projet qualité du SAU Bichat.	
<b>Modifications organisationnelles et des processus de soins</b>	<b>Détails</b>
Mise en place de l'équipe responsable du projet qualité	<p>Renforcement de la culture qualité et création d'une culture de changement</p> <p>Présentation des indicateurs qualité (délais d'attente IAO et médecin, temps total de passage en fonction des tris et consolidés hebdomadaires ; % hebdomadaire de patients quittant le SAU en moins de 4 heures)</p> <p>Rappel des valeurs du service et de la valeur essentielle commune : le patient est au centre du projet qualité</p> <p>Adaptation de la densité médicale et paramédicale aux flux des patients dans les différents secteurs</p> <p>Renforcement du rôle des cadres dans la gestion et l'organisation du SAU</p> <p>Installation des patients dans les secteurs de soins (médecine et chirurgie) en fonction de la disponibilité de lits</p> <p>Accélération des processus de décision dans l'objectif de réduire les temps d'attente inutiles</p>
Senior responsable du SAU (MAAEC : médecin accélérateur d'accueil encadrement et coordination)	<p>Médecin senior responsable du bon fonctionnement du SAU et de l'atteinte des objectifs qualité fixés</p> <p>Redéploiement en temps réel des IDE entre les différents secteurs du SAU en fonction de la charge en soins.</p> <p>Transmissions trois fois par jour (8h30 ; 14h00 ; 18h00) avec discussion des dossiers des patients présents, avec une approche médicale et organisationnelle (pertinence de la décision des examens complémentaires et accélération du processus de décision, notamment de la décision finale d'orientation)</p> <p>Présentation des indicateurs qualité (délais d'attente IAO et médecin, temps total de passage en fonction des tris et consolidés journaliers ; % journalier de patients quittant le SAU en moins de 4 heures)</p>
Disparition des secteurs de médecine et chirurgie.	<p>Le rôle de l'IAO est renforcé. Aucun médecin ne peut contester le triage IAO (disparition du ping-pong entre les deux secteurs)</p>
Création de deux filières de soins sur la base du triage IAO	<p>L'orientation ne se fait plus sur médecine/chirurgie mais sur le triage</p> <p>Développement de la polycompétence et polyvalence des équipes médicales</p>
- Rouge : triages 1 à 3	<p>Redéploiement en temps réel des médecins seniors entre les secteurs rouge et bleu du SAU en fonction de la charge en soins</p>
- Bleue : triages 4 et 5	<p>Définition de zones d'attente assise et couchée à l'intérieur du SAU</p>
Création d'un circuit court avec un box dédié dans le secteur d'accueil	<p>Les IAO appliquent une procédure douleur avec administration d'antalgiques per os de paliers 1 et 2.</p> <p>Installation immédiate par l'IAO en box d'examen pour les patients des secteurs rouge et bleu.</p>
Définition de l'objectif « zéro patients dans les couloirs des urgences »	<p>Définition d'un objectif d'accroissement du pourcentage des patients en triage 5 (objectif 20-25 %). Un box du secteur d'accueil (situé à proximité de la salle d'attente et du secteur IAO) a été dédié à la prise en charge des patients triés priorité 5</p> <p>Définition d'une stratégie de « lever les patients ». Les patients arrivés par les pompiers ou ambulances, sont d'abord évalués par l'IAO avant de les installer couchés</p> <p>Dans le secteur de soins, les médecins ont consigné de réduire le nombre de perfusions et de lever les patients après leur prise en charge</p> <p>Un nouvel objectif qualité « zéro patients dans les couloirs des urgences » est défini. Toutes les équipes et toutes les catégories professionnelles sont responsabilisées dans l'atteinte de cet objectif</p> <p>Lors des transmissions sont discutées également la position couché/assis/debout, les indications de voie d'abord veineuses et les indications des examens complémentaires (les mots « bilan » et « garde veine » sont proscrits ; les réserves de paracétamol par voie intraveineuse sont interdites dans les boxes).</p>

(Suite page suivante)

<b>Tableau 2 (suite)</b>	
<b>Modifications organisationnelles et des processus de soins</b>	<b>Détails</b>
Médecin dédié au circuit court	Un médecin est dédié au circuit court de 8h30 à minuit. Définition d'un objectif de 30-35 % du flux global orienté en circuit court
Triage en trois flux :	
- Rouge : triages 1 à 3, patient couché	Installation immédiate par l'IAO en box d'examen pour les patients des secteurs rouge et bleu. Installation en salle d'attente générale des patients triés 5 l'unité d'hospitalisation d'urgences est située à proximité immédiate du SAU. Ceci permet le déploiement en temps réel des personnels entre les secteurs du SAU mais également le redéploiement des personnels de l'UHU
- Bleu : triage 4, patient debout ou en fauteuil roulant mais examens ou actes prévisibles	
- Circuit court : triage 5, patient valide sans examen ou acte prévisible	L'UHU comporte deux secteurs : l'unité de surveillance rapprochée (12 lits), avec comme mission de recevoir les patients dont l'état nécessite une surveillance avant la prise d'une décision d'orientation définitive pour une période <12 heures ; l'unité d'hospitalisation de courte durée pour les patients en attente d'un lit d'hospitalisation pour le lendemain (essentiellement des patients gériatriques)
Relocalisation de l'Unité d'hospitalisation des urgences à proximité du SAU	
SAU : service d'accueil des urgences ; IDE : infirmier(ère) diplômé(e) d'État ; IAO : infirmier(ère) d'accueil et orientation ; UHU : unité d'hospitalisation des urgences.	

ont été mesurés par leurs moyennes annuelles. Les indicateurs qualité du SAU ont été obtenus à partir des tableaux consolidés produits par le logiciel Urqual (temps total de passages [minutes], délai d'attente médecin [minutes]). Le lien entre la durée de séjour aux urgences et la survenue de complications (risque d'événement aduerses, réduction de la qualité de la prise en charge, erreurs diagnostiques, risque de complications) mais aussi au cours de l'hospitalisation (allongement de la durée de séjour, morbidité et mortalité accrues, surcoûts hospitaliers) ont été très bien établis [39]. L'évaluation initiale des VT a été réalisée par des cadres et des médecins du SAU sur une année.

Le nombre de VT déclarés a été obtenu à partir des déclarations à la médecine du travail, les déclarations aux cadres de santé du SAU, les déclarations à l'ONVS et les déclarations d'événements indésirables. Nous avons également relevé le nombre d'interventions au SAU BCB des équipes de sécurité antimalveillance enregistrées dans les rapports des équipes. Les données de l'absentéisme des équipes du SAU nous ont été fournies par la direction des ressources humaines dans le cadre du pilotage des stratégies d'efficacité. Concernant les enquêtes satisfaction des personnels et des patients, le SAU BCB réalise une enquête annuelle auprès d'un échantillon de 250-350 patients et auprès des personnels du SAU au moment de leur départ.

## Analyses statistiques

Pour évaluer la modification des variables pendant la période d'étude, pour les données qualitatives nous avons utilisé le test de chi deux de tendance, et pour les variables quantita-

tives des tests non paramétriques de mesures continues. Tous les tests ont été réalisées en situation bilatérale et une valeur de  $P < 0,05$  a été considérée comme significative.

## Résultats

Sur 408 VT identifiées entre juin 2005 et juin 2006, 368 étaient exploitables. Parmi elles, 298 ont été des agressions non physiques (81 %) : incivilités, comportements agressifs, insultes ou menaces. Parmi les agressions physiques (70 [19 %]), nous avons identifié des circonstances favorisantes chez 55 VT (55/70 [79 %]) : consommation d'alcool ou de drogues (32 [58 %]) ; états d'agitation (24 [43,6 %]) ; patients atteints de troubles psychiatriques (16 [29 %]) ; délais d'attente médecin inadaptés au tri ou au contexte (26 [47 %]) ; défauts d'information des patients et/ou des accompagnants (6 [11 %]) ; mauvaises conditions d'accueil (12 [22 %]) ; inadéquation des locaux à l'accueil des patients et des familles (14 [26 %]). La conclusion des cadres et médecins ayant analysé les VT a été que la maltraitance organisationnelle a été une des causes principales des VT (délais d'attente médecin, patients dans les couloirs, délais d'attente avis, défauts d'information, absence de lits, mauvaises orientations, non-respect de la confidentialité, épuisement des personnels). Nous avons considéré que 42/55 (76 %) des VT agressions physiques étaient évitables par des modifications organisationnelles ou des procédures de soins adaptées.

La Figure 3 résume l'évolution des indicateurs qualité du SAU BCB (temps total de passage et délai d'attente médecin) ; et le nombre de VT et des interventions des équipes de



**Tableau 3** Procédures en cas de survenue d'une situation de violence.

<b>Réponse en cas d'incivilités ou de situation de tension (avant tout acte de violence)</b>	
Réagir toujours en amont des événements	Le cadre du SAU et le médecin responsable doivent vérifier que les procédures qualité, les délais d'attente et l'information des patients et de leurs accompagnants sont respectés Apaiser l'ambiance générale du service
Intervenir, toujours, dès que la situation semble tendue	En cas de tension croissante en salle d'attente ou dans un secteur de soins, le cadre et ou le médecin responsable doit intervenir pour informer et rassurer les patients ainsi que leurs accompagnants
<b>Réponse en cas de violence (agression physique ou verbale)</b>	
Réponse immédiate, ferme et proportionnelle !	Intervention immédiate du cadre et/ou du médecin responsable Agir toujours en privilégiant un positionnement soignant Rappeler à tous le cadre et les valeurs du service Rassurer les équipes de soins, les patients et les accompagnants Évaluer les risques pour les personnels, les patients et les accompagnants Sécuriser le service, les personnels, les patients et les accompagnants
Prendre des décisions et les mettre en œuvre	Contractualisation avec la sécurité de l'hôpital, du cadre et du type d'intervention des agents de sécurité antimalveillance Contractualisation avec les forces de l'ordre du cadre et du type d'intervention des forces de police Ne pas sur-réagir, mais toujours évaluer le risque d'une évolution défavorable
<b>Après la survenue d'une situation de violence</b>	
Accompagnement du personnel dès les premières étapes	Mettre en sécurité la(es) victime(s) Rassurer la(es) victime(s) Écoute de la(es) victime(s) Déculpabiliser la(es) victime(s) Proposer l'intervention de la psychologue Inscrire la victime, faire un dossier médical complet, établir un certificat initial descriptif et un certificat médical d'accident de travail
Débriefing systématique des cas identifiés	Dans la semaine, avec l'équipe d'encadrement et certains des agents présents, réaliser un débriefing sur la modalité des revues des morbidité-mortalité (RMM) : évitabilité, mesures correctives à proposer
Démarches administratives	Proposer de porter plainte (accompagné par un membre de l'équipe d'encadrement du SAU) Faire une déclaration d'accident de travail Orienter en médecine du travail (orientation chez la psychologue du travail éventuellement)
Suivi à long terme	Suivi des mesures correctives Suivi des indicateurs qualités
Accompagnement du personnel tout au long de la procédure	Prévenir la direction des affaires juridiques en cas de plainte Mise à disposition de l'agent d'un avocat Accompagner l'agent tout au long du procès

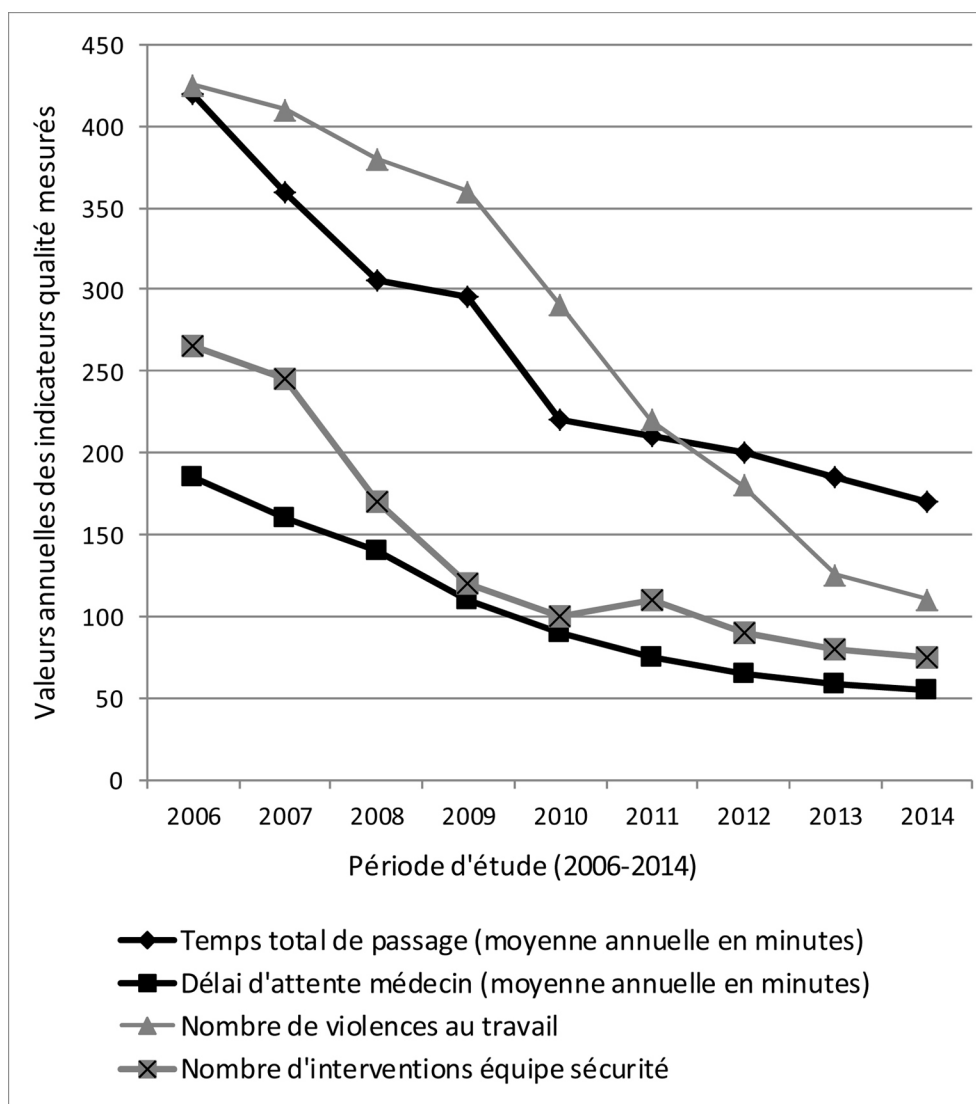
la sécurité antimalveillance. Nous constatons une réduction significative de chacun des indicateurs ( $p < 0,001$ ).

Les indicateurs de ressources humaines (satisfaction des personnels et absentéisme) mettent en évidence que les départs du SAU ont été au cours de l'étude plus souvent liés à des nouveaux projets professionnels, que les personnels de santé à leur départ ont été plus souvent satisfaits de leur travail au SAU, et que la satisfaction globale du travail a été progressivement croissante (données non présentées, data extraite des rapports annuels des cadres). L'absentéisme du SAU était supérieur à la moyenne de l'hôpital jusqu'en 2008, pour passer en dessous de la moyenne de l'hôpital à partir de

2009. Les enquêtes de satisfaction réalisées ont mis en évidence une amélioration progressive de la satisfaction des usagers (définie par un score supérieur au percentile 75 de la population étudiée), avec 68 % de patients satisfaits en 2006, 74 % en 2009, 92 % en 2011, et 96 % en 2013.

## Discussion

Notre travail permet de confirmer la haute fréquence des VT dans les SAU, le lien entre les VT et des aspects organisationnels du SAU, l'importance d'un projet d'amélioration



**Fig. 3** Évolution des indicateurs qualité au SAU Bichat-Claude Bernard

continue de la qualité basé sur la qualité des soins comme outil pour atteindre une réduction des VT, et permet de proposer des indicateurs simples de suivi et de mesure de l'impact des stratégies mises en place. L'analyse initiale des VT a permis de mettre en évidence l'importance des aspects organisationnels du SAU et des délais d'attente dans la genèse des situations de tension pouvant aboutir à des agressions contre le personnel de santé des SAU.

La réduction des délais d'attente a été une des priorités de notre projet qualité. Mais ceci était initialement peu compréhensible pour les équipes de soins. Nous avons voulu proposer aux équipes une valeur plus qu'un objectif de réduction des temps de prise en charge. La notion de maltraitance des patients, et notamment la présence de patients dans les couloirs que nous avons identifiée comme le témoin de cette maltraitance institutionnelle et organisationnelle, nous a permis de proposer un projet basé sur des valeurs soignantes.

Ceci s'est traduit par un objectif opérationnel nouveau : « zéro patient dans les couloirs des urgences », qui a permis l'adhésion des équipes au projet qualité, le renforcement des valeurs soignantes, mais aussi de donner de la cohérence au projet qualité et de créer une nouvelle dynamique de travail en équipe. La lutte contre la maltraitance et la prise de conscience de celle-ci a permis un renforcement des valeurs soignantes partagées par nos équipes et un changement d'attitude de nos personnels envers les patients et leurs accompagnants. Ce changement d'attitude s'est traduit au quotidien par un comportement respectueux et accueillant, une attitude d'écoute et de disponibilité, une gentillesse dans la parole et dans le comportement, une vocation de service et d'accompagnement. Nous définissons ainsi la bientraitance : nous recevons « nos » patients et pas « des » patients, nous avons l'honneur d'être les dépositaires de leur confiance, ils font partie de notre équipe. Ceci change tout !

La réduction des violences au travail est une priorité pour tout service d'urgences. La littérature ne permet pas de comparer des stratégies différentes de réduction de la fréquence des VT. Dans l'expérience du SAU BCB, la politique visant à réduire les VT doit s'intégrer dans un projet d'amélioration continue de la qualité. Les bases de ce projet sont, d'une part, la qualité et la sécurité des soins proposés aux patients, et d'autre part, la sécurité et les conditions de travail des personnels. Ces deux objectifs se réunissent sur le terrain en un seul. La qualité est ainsi devenue non seulement un objectif, mais l'outil et le chemin permettant d'améliorer les conditions d'accueil et la sécurité des patients, mais aussi les conditions de travail des équipes. Apaiser l'ambiance générale du service a été la stratégie proposée au SAU BCB pour réduire la fréquence et la gravité des violences aux urgences. La lutte contre la maltraitance et le développement d'une culture de bientraitance des patients ont été les éléments centraux, permettant l'adhésion des équipes, le renforcement des valeurs soignantes de notre service, la création d'une culture de travail en équipe et d'une culture de sécurité partagée entre tous les membres de l'équipe de soins, les patients et leurs accompagnants. Les aspects plus sécuritaires n'ont pas été négligés, ils ont été rigoureusement appliqués, mais toujours en priorisant les valeurs et un comportement soignant. La double tolérance zéro, donne une légitimité à notre projet et la sécurité aux soignants d'une politique cohérente avec leurs valeurs.

Les résultats de l'évaluation de l'impact du projet qualité sur des indicateurs qualité et des indicateurs de tension et d'impact sur les personnels et sur les patients sont innovants et ont été très rarement publiés [23]. Nos résultats mettent en évidence, que le projet qualité basé sur des valeurs fortes a permis d'améliorer la qualité en réduisant les délais d'attente au SAU, malgré une très forte augmentation de l'activité. Nous avons utilisé le nombre des VT déclarées par nos agents comme un des indicateurs de l'efficacité de notre politique. La très forte sous-déclaration des VT en milieu de soins [39], estimée à 70 % [30,41,42] a déjà été rapportée. Même si nous avons développé une culture de déclaration des événements, il est évident que les registres étudiés ne sont pas exhaustifs et ne relèvent en général que les VT considérées comme les plus graves par les agents. Nos résultats montrent néanmoins que la diminution des VT a été atteinte. Il a été rapporté un sentiment croissant d'insécurité dans leur lieu de travail chez le personnel des urgences [40]. Le nombre des interventions de l'équipe antimalveillance permet de mettre en avant la réussite de notre stratégie d'apaisement de l'ambiance générale du service. Le ressenti des personnels et des patients va également dans le même sens. Les conséquences des VT en milieu de soins sont multiples : pour les agents, une insatisfaction au travail, une augmentation du stress professionnel, un stress post-traumatique, des troubles de stress post-traumatique ; pour

l'entreprise, un moindre engagement professionnel et des surcoûts ; et pour les patients, une diminution de la qualité des soins [12,43-45]. Nous avons évalué l'absentéisme, le turnover des équipes et notre attractivité. Tous les indicateurs utilisés convergent dans le sens d'un apaisement global de l'ambiance générale de notre SAU, sur une réduction de la fréquence et de la sévérité des VT, et sur une amélioration des conditions d'accueil des patients et une amélioration des conditions de travail du personnel.

En conclusion, notre expérience indique qu'un projet d'amélioration continue de la qualité, basé sur des valeurs soignantes, a permis l'adhésion des équipes de soins et l'atteinte des objectifs fixés : apaiser l'ambiance générale du service, réduire la fréquence des VT et améliorer les indicateurs qualité d'un SAU. Malgré un contexte de forte augmentation de l'activité, le SAU BCB a pu atteindre un objectif opérationnel de « zéro patient dans les couloirs des urgences » qui témoigne d'une dynamique de lutte contre la maltraitance et développement de la bientraitance des patients. Ces éléments semblent indispensables dans la stratégie de réduction des VT afin de lui donner une cohérence et une légitimité. Des éléments sécuritaires ont été présents dans notre projet de réduction de la VT, mais ils n'ont pas été l'élément central de la politique de réduction des VT.

**Liens d'intérêts :** Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

## Références

1. Janoch JA, Smith TS (2008) Workplace safety and health in the health care and social assistance industry, 2003-2007. U.S. Bureau of Labor and Statistics. <http://www.bls.gov/opub/mlr/cwc/workplace-safety-and-health-in-the-health-care-and-social-assistance-industry-2003-07.pdf>
2. Kuehn BM (2010) Violence in health care settings on rise. *JAMA* 304:511-2
3. McPhaul KM, Lipscomb JA (2004) Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online J Issues Nurs* 9:7
4. European Agency for Safety and Health at Work (2010) ESENER European survey of enterprises on new and emerging risks. <http://osha.europa.eu/en> (dernier accès le 26/06/2015)
5. Kamchuchat C, Chongsuvivatwong V, Oncheunjit S, et al (2008) Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in Southern Thailand. *J Occup Health* 50:201-7
6. Gascón S, Martínez-Jarreta B, González-Andrade JF, et al (2009) Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health* 15:29-35
7. Hodgson MJ, Reed R, Craig T, et al (2004) Violence in health-care facilities: lessons from the Veterans Health Administration. *J Occup Environ Med* 46:1158-65
8. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, et al (2004) An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota nurses' study. *Occup Environ Med* 61:495-503

9. Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paul C (2010) Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *J Nurs Scholarship* 42:13–22
10. Estry-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, et al (2008) Violence risk in nursing—results from the European “NEXT” study. *Occup Med (Lond)* 58:107–14
11. Privitera M, Weisman R, Cerulli C, et al (2005) Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occup Med (Lond)* 55:480–6
12. Chen WC, Hwu HG, Kung SM, et al (2008) Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health* 50:288–93
13. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A (2010) Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs* 19:2329–41
14. Franz S, Zeh A, Schablon A, et al (2010) Aggression and violence against health care workers in Germany— a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research* 10:51
15. Hahn S, Muller M, Needham I, et al (2010) Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs* 19:3535–46
16. Winstanley S, Whittington R (2004) Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs* 13:3–10
17. Lin YH, Liu HE (2005) The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *Int J Nurs Stud* 42:773–8
18. Magnavita N, Heponiemi T (2012) Violence towards health care workers in a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 12:108
19. Chen WC, Hwu HGH, Kung SM, et al (2008) Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health* 50:288–93
20. Gillespi G, Wilkerson William (2013) Experts: to crack down on violence in the ED, establish a robust system of reporting, educating staff. *ED Manag* 25:97–100
21. Estry-Behar M, Duville N, Menini ML, et al (2007) Factors associated with violence against healthcare workers: results of the European Press-Next study. *Presse Med* 36:21–35
22. Edward KL, Ousey K, Warelou P, Lui S (2014) Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs* 23:653–4
23. Anderson L, FitzGerald M, Luck L (2010) An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *J Clin Nurs* 19:2520–30
24. Observatoire National de la violence dans les établissements de la Santé. Ministère des Affaires sociales, de la santé, et des droits des femmes (2014) Bilan 2012 de l’observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) <http://www.sante.gouv.fr/bilan-2012-de-l-observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs.html> (dernier accès le 26/06/2015)
25. Duchateau FX, Bajolet-Laplante MF, Chollet C, et al (2002) Exposure of French emergency medical personnel to violence. *Ann Fr Anesth Reanim* 21:775–8
26. Alameddine M, Kazzi A, El-Jardali F, et al (2011) Occupational violence at Lebanese emergency departments: prevalence, characteristics and associated factors. *J Occup Health* 53:455–64
27. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR (2011) Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *J Emerg Med* 40:565–79
28. Gillespie GL, Gates DM, Kowalenko T, et al (2014) Implementation of a comprehensive intervention to reduce physical assaults and threats in the emergency department. *J Emerg Nurs* 40:586–91
29. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, et al (2010) Violence against nurses working in US emergency departments. *J Health Prot Manage* 26:81–99
30. Magnavita N (2014) Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: a chicken-and-egg situation—results of a 6-year follow-up study. *J Nurs Scholarsh* 46:366–76
31. Ogunidipe KO, Etonyeaku AC, Adigun I, et al (2013) Violence in the emergency department: a multicentre survey of nurses’ perceptions in Nigeria. *Emerg Med J* 30:758–762
32. Taylor JL, Rew L (2010) A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *J Clin Nurs* 19:2520–30
33. Kansagra SM, Rao SR, Sullivan AF, et al (2008) A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med* 15:1268–74
34. Gerdzt MF, Daniel C, Dearie V, et al (2013) The outcome of a rapid training program on nurses’ attitudes regarding the prevention of aggression in emergency departments: a multi-site evaluation. *Int J Nurs Stud* 50:1434–45
35. M Schmitt (2014) *Bientraitance et qualité de vie, prévenir les maltraitements pour des soins et une relation d’aide humanistes*, Elsevier Masson Ed. Paris 317 p
36. Casalino E (2014) *Les urgences : du constat de la maltraitance à un projet qualité basé sur la bientraitance*. In: M Schmitt, *Bientraitance et qualité de vie, outils et retour d’expériences*, Elsevier Masson Ed. Paris, p 213-23
37. Agence nationale d’accréditation et d’évaluation en santé (ANAES) (2003) *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*. [http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/anaes/2003\\_qualite\\_methodologie\\_ANAES.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/anaes/2003_qualite_methodologie_ANAES.pdf) (dernier accès le 26/06/2015)
38. HR Consulty Partners (2009) *Qu’est-ce que la pyramide des accidents (Bird) ?* <http://www.capsecur.com/FAQ-livre-manager-sante-secure/Qu-est-ce-que-la-pyramide-des-accidents-Bird> (dernier accès le 26/06/2015)
39. Ferns T (2006) Under-reporting of violent incidents against nursing staff. *Nurs Stand* 20:41–5
40. Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, et al (2013) Prospective study of violence against ED workers. *Am J Emerg Med* 31: 197–205
41. Gilchrist H, Jones SC, Barrie L (2011) Experiences of emergency department staff: Alcohol-related and other violence and aggression. *Australas Emerg Nurs J* 14:9–16
42. Kennedy MP (2005) Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained, and unconscionable. *Med J Aust* 183: 362–5
43. Gates D, Fitzwater E, Succop P (2003) Predicting assaults against caregivers in nursing homes. *Issues Ment Health Nurs* 24:775–93
44. Gillespie GL, Bresler S, Gates DM, Succop P (2013) Posttraumatic stress symptomatology among emergency department workers following workplace aggression. *Workplace Health Saf* 60:247–54
45. Martini A, Fantini S, D’Ovidio MC, et al (2012) Risk assessment of aggression toward emergency health care workers. *Occup Med (Lond)* 62:223–5