

Filière DH

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **octobre 2018**

**Construire une approche
méthodologique d'analyse et de lutte
contre les faits générateurs de
violence au sein des structures
d'urgences : l'exemple du Centre
Hospitalier Intercommunal de Créteil.**

Maxime CHAIGNEAU

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Monsieur Stéphane PARDOUX, directeur du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, ainsi que toute l'équipe de direction pour leur accueil, leurs conseils et la confiance qu'ils m'ont accordée.

Je remercie tout particulièrement Aurore LATOURNERIE, directrice des affaires générales et de la coopération territoriale du CHIC, pour m'avoir confié le dossier relatif aux urgences, m'avoir appuyé et orienté dans mes choix, tout en me laissant la latitude nécessaire pour rester force de proposition ; Elisabeth DELETANG, directrice des soins, qui a accepté d'être la référente attentive de mes travaux ; Matthieu GIRIER, directeur des ressources humaines pour son soutien sans faille.

Un grand merci et beaucoup d'encouragements à l'équipe des urgences, Valérie MILLET, cadre supérieur de santé, Sabrina ROUSSEAU, cadre de santé, ainsi que tous les agents du service.

Une attention spéciale pour Bruno CHAPOUTOT, responsable du service de sécurité générale du CHIC, Elodie SAUDRAIS, psychologue du travail, pour avoir sans cesse répondu à mes nombreuses sollicitations et pour la grande qualité des échanges que nous avons pu avoir sur les sujets liés à ce travail.

Marie Pierre FEREC, Sabri LOKMANE, Didier CLEMENT, Sophie FERNANDES... La crème de la crème !

Sommaire

Introduction	3
1 Les structures des urgences dans les établissements publics de santé : des services en interface avec la ville, des organisations hospitalières face aux évolutions sociétales. . 6	
1.1 Cadre global : structuration et situation contextuelle des urgences dans les établissements hospitaliers	6
1.1.1 Législation et définitions	6
1.1.2 Un service de recours de plus en plus sollicité	10
1.2 L'expression de l'insécurité dans les services d'urgences : prendre la mesure des enjeux.....	12
1.2.1 Définir, classifier et mettre en contexte les actes de violence	13
1.2.2 Des conséquences multiples et une montée du sentiment d'insécurité	15
2 Les urgences du CHI de Créteil face à la question de l'insécurité : comprendre la dégradation d'une situation et préparer une première approche analytique des faits.....	19
2.1 Un service d'urgence victime de sa confiance	19
2.1.1 Forte hausse des passages et premiers signaux d'alertes	19
2.1.2 Une convergence de facteurs aggravants favorisant les risques	23
2.2 Analyser les faits pour se démarquer des stéréotypes	25
2.2.1 Examen des faits signalés et approche statistique	25
2.2.2 S'appuyer sur les acteurs pertinents pour une vision ciblée des problématiques.....	30
3 Agir à partir des analyses : comment cibler et équilibrer les actions rapides et les réflexions à moyen terme	34
3.1 Présentation des actions et des mesures prises au CHIC	34
3.1.1 Interpréter les analyses et donner du sens aux groupes de travail	34
3.1.2 L'équilibrage nécessaire entre les moyens de prévention, les procédures et les moyens de sécurité.....	43
3.2 Bénéfices/risques d'une implication en tant que directeur dans une logique de management réactif	46

3.2.1 S'exposer pour restaurer la confiance et maintenir le dialogue vers et entres les équipes	46
3.2.2 Assurer le suivi des plans d'actions et des liaisons opérationnelles et transversales	48
Conclusion.....	50
Bibliographie.....	51
Liste des annexes	

Liste des sigles utilisés

APHP – Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

APU – Auxiliaire de Puériculture

ARS – Agence Régionale de Santé

AS – Aide-Soignant

ASH – Agent des Services Hospitaliers

CHIC – Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

COPIL – Comité de Pilotage

DES – Diplôme d'Etudes Spécialisées

EPS – Etablissement Public de Santé

FEI – Fiche d'Evènement Indésirable

FHF – Fédération Hospitalière de France

HAS – Haute Autorité de Santé

IDE – Infirmière Diplômée d'Etat

IOA – Infirmière d'Orientation et d'Accueil

ONVS – Observatoire National des Violences en milieu de Santé

PM – Personnel Medical

PNM – Personnel Non Médical

QVT – Qualité de Vie au Travail

RETEX – RETour d'EXpérience

SROS – Schéma Régional d'Organisation des Soins

SU – Structure des Urgences

SAMU – Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR – Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UHCD – Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UMJ – Unité Médico Judiciaire

Introduction

Encore une agression aux urgences ! L'Union – 28/07/2018

Des violences aux urgences ! L'ardennais – 09/07/2017

CHU : violences aux urgences France 3 Grand Est – 19/11/2017

*Violences aux urgences : «On va vous attendre à la sortie, on a des flingues» Le Parisien
– 16/05/2018*

A lire les pages des faits divers dans la presse quotidienne régionale, on peut légitimement, en tant que patient, être effrayé à la simple idée de devoir se rendre dans un service d'urgence. De même, on peut aussi se demander pourquoi les professionnels de santé acceptent encore d'y travailler. Pourtant, ces services restent immanquablement associés à l'image des hôpitaux en France, qui sont eux même désignés chaque année comme le service public préféré de la population¹.

Les services d'urgences sont la vitrine des établissements de santé : de par leurs obligations et leur rôle (l'accueil sans interruption de tous types de patients pour tous types de motifs), mais aussi de par l'image qu'en a le public : c'est ainsi l'un des rares services de l'hôpital à avoir sa place dans de nombreuses séries télévisées. C'est également un service à part, ouvert en continu sur la ville et les populations, offert à l'imprévu et à l'activité non programmée, critères qui en font un secteur où les pics de tension sont fréquents. Cette variété des situations, des pathologies et des possibles constitue alors tout à la fois une forme d'attrait pour les professionnels fuyant une certaine monotonie dans l'exercice de leurs métiers, mais cela peut rapidement devenir usant et pesant, sur les plans physiques et psychologiques.

Cet effet vitrine fait qu'aujourd'hui, lorsque l'on évoque la situation de l'hôpital, ce sont les urgences qui sont pointées du doigt : saturation, temps d'attente excessivement longs, afflux de patients en situation de précarité, professionnels faisant part de leur impuissance et bien sûr, insécurité et violence sont quelques sujets qui sont pratiquement devenus des éléments de langage obligatoires sitôt le débat lancé.

Lorsque l'on aborde la question de l'insécurité dans les services d'urgences, il faut pourtant pouvoir se démarquer des explications réductrices : « *c'est la société qui est violente* »,

¹<https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/L-hopital-le-service-public-prefere-des-francais>

« *les gens veulent tout, tout de suite* » et autres constats de résignation. Néanmoins, ces préjugés nous apportent tout de même un premier angle d'attaque : l'affect, les sentiments et les impressions ont un rôle non négligeable et contribuent à l'instauration d'un climat d'insécurité. Il appartient donc d'abord de définir, classifier et quantifier la nature et le nombre de ces actes puis de prendre la mesure des conséquences et des impacts potentiels, que ce soit sur les personnes ou sur les organisations. En se concentrant sur les faits et en analysant la globalité du phénomène, on arrive à un constat de départ qui s'articule autour de deux idées principales :

- 1- Par opposition à la violence « classique » liée par exemple aux pathologies psychiatriques de certains patients, la violence dite « urbaine » a pénétré les murs de l'hôpital et impacte fortement les services d'urgences. Cette réalité est cependant variable selon les services, les territoires et les établissements.
- 2- Les services d'urgences concentrent un ensemble de caractéristiques pouvant contribuer à faire émerger rapidement des situations de tensions et de conflits, en incidents, voire en accidents graves.

Ces deux constats serviront de fil conducteur tout au long de ce travail. Ils seront décrits, explicités et mis en perspective.

La question de la violence, à partir du moment où l'on considère qu'elle ne relève pas de la fatalité, doit être traitée comme une conséquence, générée par un ensemble de causalités qu'il s'agira de déterminer : problème inhérent à l'organisation du service, positionnement et pratiques des professionnels de santé et politique générale de l'établissement qui est déclinée au sein de la structure des urgences. Il s'agira alors, au-delà de l'analyse, de proposer des solutions et des moyens d'actions qui pourront être transposés en fonction des spécificités remarquées.

La problématique centrale de ce mémoire sera donc : **comment identifier les faits générateurs de violences aux urgences et mettre en place des solutions pour les prévenir ?**

Afin d'illustrer par des exemples concrets les éléments de réponses apportés à cette question, cette réflexion s'appuie sur le cas particulier du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil. Ce Centre Hospitalier présente la particularité d'être situé en banlieue parisienne dans une zone plutôt calme par comparaison aux banlieues Nord et Est de la capitale. Il est doté d'un service d'urgence de taille conséquente mais qui avait connu peu d'épisodes de violence, du moins jusqu'à récemment. En effet, lors de ma présence dans cet établissement, au cours des deux stages hospitaliers effectués dans le cadre du cursus

de formation de l'EHESP, j'ai pris connaissance d'une série d'évènements violents survenus peu avant mon arrivé et j'ai été confronté à une montée rapide et brutale des faits d'insécurité au sein des urgences. La période d'observation recouvre donc uniquement les années 2017 et 2018, bien que les périodes antérieures apparaissent parfois dans la réflexion à des fins d'analyse.

Méthodologie :

Pour répondre à la question posée, ce mémoire s'articule en trois temps :

- I. Une présentation globale des évolutions récentes propres aux structures d'urgences, ainsi que du contexte national et notamment l'augmentation de la fréquentation. En parallèle, une définition et une classification des actes de violences sera proposée et les conséquences observées.
- II. Le prisme sera centré sur les urgences du CHI de Créteil, leur situation par comparaison au contexte national et les spécificités propres au service et à son environnement. L'analyse statistique et de terrain sera présentée et décrite ici.
- III. Enfin, les actions entreprises et leur articulation avec les différentes problématiques de l'établissement seront exposées et détaillées. Une insistance particulière sur le rôle du directeur dans le processus sera explicitée et défendue à la fin du mémoire

En termes de périmètre, ce mémoire n'a pas pour objectif de répondre à la problématique des tensions dans les services d'urgences dans sa globalité. Nous n'examinerons les tendances conjoncturelles (hausse des passages notamment) qu'à travers les impacts qu'ils peuvent avoir sur les situations de violence. De plus, la situation traitée étant issue d'une réalité propre au CHI de Créteil, les actions entreprises ou les constats effectués ne sont bien évidemment pas transposables en l'état à tous les établissements. Enfin, plusieurs des mesures décrites nécessitent une évaluation sur un plus long terme pour en mesurer précisément les résultats.

1 Les structures des urgences dans les établissements publics de santé : des services en interface avec la ville, des organisations hospitalières face aux évolutions sociétales.

1.1 Cadre global : structuration et situation contextuelle des urgences dans les établissements hospitaliers

1.1.1 Législation et définitions

A) Les services d'urgence dans les établissements publics de santé: une structuration récente

L'activité de médecine d'urgence est règlementée et soumise à autorisation¹. L'autorisation est délivrée par l'agence régionale de santé (ARS) sur la base du schéma régional d'organisation des soins (SROS), pour une durée limitée. Elle peut s'exercer selon quatre modalités qui ne sont pas exclusives².

1. La régulation des appels adressés au service d'aide médicale urgente (SAMU)
2. La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, (SMUR)
3. La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences
4. La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences pédiatriques.

L'organisation au sein des établissements de santé de l'activité d'accueil et de traitement des urgences est précisée une première fois par le décret 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement pour la prise en charge des patients.

Ces modalités ont été redéfinies de manière plus récente par le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. En effet, ce décret fait apparaître la dénomination de « structures des urgences » (SU). Ce changement n'est pas seulement sémantique, il pose de manière centrale le fait que les EPS se doivent d'organiser non seulement l'accueil des urgences, mais également l'amont (régulation) et l'aval (circuit de sortie, éventualité d'une prise en charge centrale,

¹ CSP art. R6122-25

² CSP art. R6123 et suivants

disponibilité en lits, réseau et coordination avec les services et spécialités des autres établissements). Ainsi, tous les services, quels que soit leur activité, doivent répondre aux mêmes missions et au même cahier des charge.

Concrètement, les structures d'urgences ont été renforcées au cours de la dernière décennie, notamment pour ce qui concerne les effectifs médicaux et soignants, dans le cadre du plan urgences 2004-2008, et leur fonctionnement réformé: il existe désormais un seul type d'accueil et de traitement des urgences, non plus trois (service d'accueil et de traitement des urgences [SAU], pôle spécialisé [POSU], unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences [UPATOU]) Les structures des urgences s'inscrivent comme l'une des modalités de la médecine d'urgence, aux côtés de l'aide médicale et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). Une répartition mutualisée du personnel entre les différentes activités de médecine d'urgence, de façon à améliorer le fonctionnement par décloisonnement, peut prendre appui sur les décrets de 2006. D'autres réformes, plus générales, ont modifié l'organisation des établissements de santé, en particulier publics, avec répercussion sur les structures des urgences :

- La réforme de la durée légale du temps de travail, avec pour les médecins des établissements publics intégration des gardes de nuit, du samedi après-midi, des dimanches et jours fériés dans le temps de travail, la limitation du temps de travail hebdomadaire à 48 heures, l'institution d'un repos quotidien dit « de sécurité», la possibilité d'effectuer un travail au-delà des dix demi-journées de service contre rétribution ou abondement d'un compte-épargne temps. Pour les urgences, comme les activités d'anesthésie, de réanimation, de néonatalogie, d'obstétrique, la permanence médicale, au-delà du service quotidien de jour, peut être organisée en temps continu et non en demi-journée. Ces prescriptions nécessitent un aménagement complet de l'organisation du travail, voire des recrutements.
- La réforme du financement des établissements publics de santé comme de ceux du secteur privé participant au service public hospitalier fait passer d'un régime de dotation globale à un régime fondé sur des forfaits de prise en charge pour chaque hospitalisation dite « tarification à l'activité », instaurée en 2005 avec transition graduelle jusqu'en 2008. Dès lors, les dépenses de fonctionnement des établissements doivent être équilibrées avec des recettes générées par les forfaits de séjours hospitaliers, une des possibilités étant de programmer au mieux les admissions.
- La loi du 21 juillet 2009 «portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires» (dite « loi HPST») prévoit, dans ses dispositions, de

nouveaux modes de coopérations sanitaires entre établissements de santé, notamment les communautés hospitalières de territoires et les groupements de coopérations sanitaires, qui peuvent servir ainsi de support à la mutualisation des moyens au-delà de chaque établissement. Par ailleurs, cette loi prévoit une organisation des établissements publics de santé en pôles, auxquels sont attribués des moyens et qui génèrent des recettes liées à leur activité. Pour les structures des urgences en cas de passage avec hospitalisation immédiate, l'activité et les recettes associées sont partagées avec les services de l'établissement.

B) La notion d'urgence et les niveaux d'urgences hospitalières

Le dictionnaire Larousse propose pour le terme « urgence » la définition suivante : « *caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre aucun retard* » et l'on trouve directement dans l'article une définition se rapportant au domaine de la santé : « *Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement* »¹.

En introduction du guide thématique des experts visiteurs pour la certification des établissements de santé, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose la définition suivante : « *Les services d'urgences ont pour mission de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences, et les soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir* »²

Outre le fait de préciser que l'activité des structures d'urgences relève du non programmé, cette définition pose d'emblée la question de la priorisation et introduit les notions de ce qu'est l'urgence réelle, vitale, telle qu'elle est interprétée par le soignant, et par opposition l'urgence ressentie, telle qu'elle est vécue par le patient. Si l'urgence vitale est le premier niveau d'urgence (c'est-à-dire des cas où le pronostic vital peut être mis en jeu, et/ou l'état, lésionnel ou fonctionnel, du patient est susceptible de s'aggraver), il faut compter avec les autres niveaux et notamment celui de l'urgence ressentie, beaucoup plus sensible pour la relation soignant/soigné puisque sujet à des interprétations subjectives, au moins par le

¹ Dictionnaire *Larousse*. « Urgence ». France : Éditions Larousse. [En ligne, consulté le 04/06/2018] <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704?q=urgence#79758>

² Haute Autorité de Santé (HAS), *Certification des établissements de santé, Guide thématique des experts-visiteurs, Prise en charge des urgences et des soins non programmés*, septembre 2014, p. 3

patient. Une grande parties des urgences, notamment les recours liés aux problématiques médicales légères, susceptibles de relever de la médecine de ville, est assimilé à de la consultation.

Enfin, il faut ajouter un autre niveau d'urgence à ceux déjà cités qui est celui de l'urgence sociale. Ce niveau est celui de toutes les demandes concernant les prestations secondaires que l'on peut trouver dans le secteur hospitalier, comme l'hébergement, la nourriture ou la boisson, voire ce qui se rapporte au travail social comme les démarches de couverture sociale, de protection des personnes, la recherche d'hébergement via le 115, etc.

Pour traiter ces différents niveaux, des échelles de tri sont utilisées par les établissements. Ces échelles proposent une description de chaque niveau de tri, ainsi qu'un délai de prise en charge médicale. Bien évidemment, la précision de ce délai n'est qu'à titre de recommandation et d'indication théorique. On retrouve habituellement aussi une filière "courte" de prise en charge rapide, une filière "longue" (patient nécessitant plusieurs examens complémentaires et devant être hospitalisé). Les structures d'urgences doivent donc s'organiser pour mettre en place ces circuits de prise en charge adaptés, à partir d'un sas d'entrée qui n'est autre que l'accueil des urgences.

C) Les professionnels : nouveau diplôme médical et particularités de l'exercice aux urgences

Pour le personnel médical, une formation spécifique à la médecine d'urgence existe depuis 1986, le diplôme étant reconnu par l'ordre des médecins, et complète alors l'éventail des spécialistes de l'urgence : chirurgiens, anesthésistes, réanimateurs. L'individualisation de la médecine polyvalente d'urgence sera consacrée par une inscription au concours national de praticien hospitalier à compter de 1995.

La médecine d'urgence est devenue officiellement une spécialité médicale à part entière le 13 novembre 2015 avec la publication de l'arrêté qui a créé le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence¹. Le DES de médecine d'urgence permet d'adapter la formation des urgentistes aux exigences de la médecine d'urgence moderne, en particulier dans l'étendue de son exercice (adulte et pédiatrique, médical et chirurgical, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital (Samu, Smur).

Les professions paramédicales sont généralement similaires à celles des services d'hospitalisation : infirmier(e) diplômé(e) d'état (IDE), aide soignant(e) (AS), auxiliaire de

¹ Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF n°0281 du 4 décembre 2015

puériculture (APU), agent des services hospitaliers (ASH) ainsi que des assistantes sociales, des agents administratifs et du personnel d'encadrement (cadre de santé). S'il n'y a pas de diplôme d'état spécifique à l'exercice aux urgences, c'est l'organisation interne du service qui fait apparaître des particularités. Ainsi, le tri des patients accueillis et pris en charge est effectué par un IDE assurant une fonction d'accueil et d'organisation de la prise en charge du patient (IOA), par délégation d'un médecin coordonnateur ou médecin régulateur du tri. Cette fonction nécessite des compétences, notamment de dialogue et d'écoute et fait l'objet d'une fiche de poste rédigé par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) en 2004 ainsi que d'une formation dédiée. L'IOA est souvent en première ligne face aux arrivants et de ce fait particulièrement exposée aux situations de conflits. De manière similaire, l'importance croissante des tâches de recherches de lits et d'orientation vers les services d'aval et structures associées a fait émerger des fonctions de gestionnaire de lits (parfois appelé régulateurs de flux ou bedmanager) qui sont également occupées par un IDE expérimenté, voire un cadre de santé.

1.1.2 Un service de recours de plus en plus sollicité

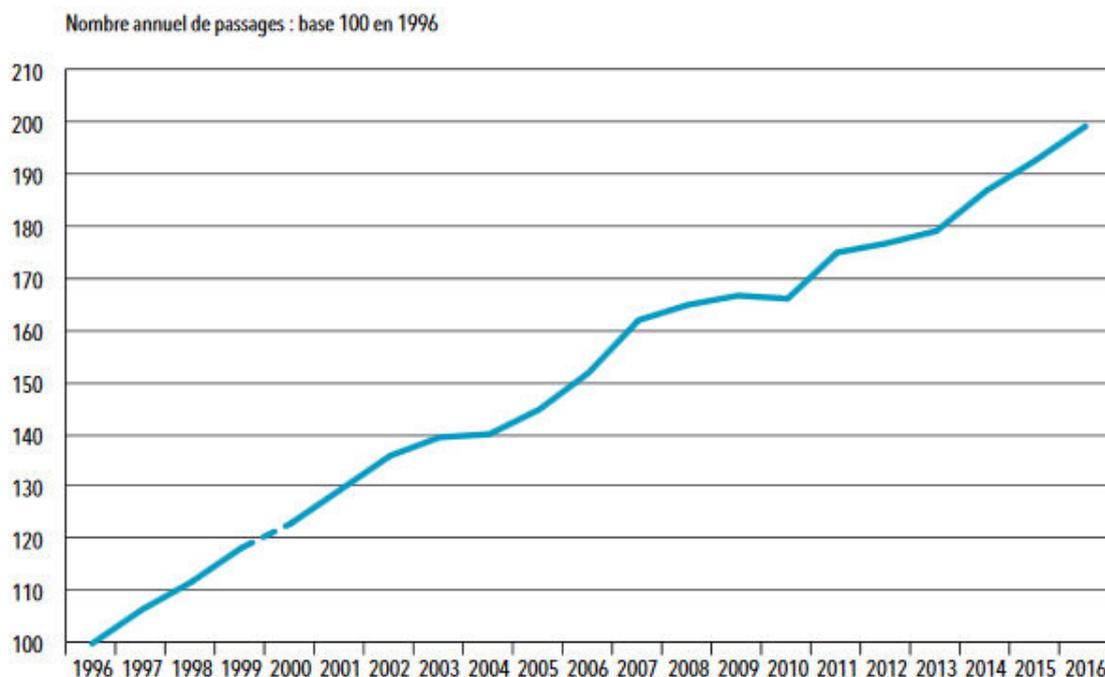
A) Une croissance très rapide du nombre de patients admis aux urgences

Le panorama des établissements de santé de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) indique qu'en 2016, près de 21 millions de patients ont été admis aux urgences, soit une progression de 3,5% par rapport à l'année précédente. Par comparaison, la DREES dénombrait 10,1 millions de passages annuels en 1996. Ainsi, de 2009 à 2016, le nombre de patients pris en charge par les urgences a augmenté de 25 %¹. Il faut cependant noter que du point de vue de la dynamique annuelle moyenne du nombre de passages aux urgences, la France se situe plutôt dans la moyenne de l'OCDE, avec une croissance annuelle de 2,5 % par an entre 2001 et 2011, contre 2,4 % en moyenne dans l'ensemble des 19 pays étudiés².

¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *fiche 27 : la médecine d'urgence*, [en ligne, consulté le 08/08/2018] <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/27-7.pdf>

² Caroline Berchet, *Emergency Care Services : Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand*, OCDE, 1er août 2015

Graphique 1 Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Sources > DREES, SAE 1996-2016, traitements DREES.

Par ailleurs, la hausse de la fréquentation des urgences se traduit par une affluence tendant à devenir plus permanente que strictement saisonnière, à l'occasion des pics épidémiques hivernaux engendrant des périodes de tensions beaucoup plus longue pour les services.

B) Un nombre de structures stable mais une nouvelle typologie de patients

On dénombre en 2016, en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), 719 structures des urgences situées dans 641 établissements de santé. La prise en charge de la médecine d'urgence est majoritairement assurée par les établissements publics qui concentrent 77 % des structures d'urgences en 2016 avec une moyenne de 32 000 passages annuels. Pour le secteur public, cela représente 478 établissements sièges de structures d'urgences en 2016, chiffre qui varie très peu depuis 2008 (477 établissements en 2008 et un pic à 500 établissements en 2010) Le dispositif de prise en charge compte également les SMUR (à 98% dans des EPS) et le SAMU (intégralement dans le secteur public), qui assurent le transport et la pré-hospitalisation, dont le nombre a peu évolué entre 2008 et 2016 (autour de 400 pour les SMUR et de 100 pour le SAMU).

Les patients et les pathologies ont également évolué, en parallèle des changements sociaux. Il y a une prévalence des personnes âgées: les patients âgés de 75 ans ou plus représentent 12 % des passages (soit 2 millions de patients), et 17 % des passages de

patients âgés de 15 ans ou plus – alors que ce groupe d’âge ne constitue que 11 % des 15 ans ou plus en population générale. 44 % de ces patients sont âgés de 85 ans ou plus, contre 32 % en population générale¹. La prépondérance de ces profils ne découle donc pas seulement de la croissance de la part des personnes âgées dans la population, mais également de leur profil pathologique particulier, caractérisé par une plus forte prévalence des maladies chroniques et des polyopathologies (et tout particulièrement l’infarctus du myocarde qui fait partie des syndromes coronariens aigus. Cette maladie, représente maintenant plus de 30 % des urgences prises en charge par les SAMU-SMUR²). On citera ici également les pathologies et complications aiguës liées aux cancers et aux maladies chroniques, une incidence des maladies cérébrales et dégénératives tel que la maladie d’Alzheimer et la prise en charge des personnes en situation de précarité et sans couverture sociale, corrélées à l’augmentation des phénomènes migratoires.

Les moins de 18 ans représentent quant à eux 5 millions de passages, soit 27 % d’entre eux.

Le cadre global des structures d’urgences correspond donc à un contexte progressif de mutation et de transformation de l’offre, des métiers et des organisations. Cependant, ces changements structurels apparaissent insuffisants ou trop lents par rapport à la demande et tous les acteurs du secteur (professionnels et observateurs) ne cessent d’alerter sur les risques inhérents à un engorgement des dispositifs. Paradoxalement, c’est aussi les garanties d’une qualité et d’une disponibilité du service qui font les succès de ces services (la garantie d’être pris en urgence si nécessaire est la première raison invoquée par 73% des Français³).

1.2 L’expression de l’insécurité dans les services d’urgences : prendre la mesure des enjeux

Quels sont les marqueurs de l’insécurité, comment sont-ils révélés en pratique et quelles en sont les conséquences ?

¹ Boisguérin B. et MauroL., 2017, « *Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue* », Études et Résultats, n° 1008, DREES.

² SAMU Urgence de France, octobre 2015, *Livre Blanc : organisation de la médecine d’urgence en France, un défi pour l’avenir*

³ Etude FHF/TNS Sofres, avril 2013 « les français et l’hôpital public », [en ligne consulté le 06/07/2018]

<https://www.fhf.fr/content/download/72926/476025/version/1/file/Note+de+synth%C3%A8se+Hopital+2013-V+DEF.pdf>

1.2.1 Définir, classifier et mettre en contexte les actes de violence

A) Définitions et classification

Afin de caractériser les marqueurs de l'insécurité, plusieurs termes sont à définir. Tout d'abord la violence. Par « violence » on entend « *l'ensemble des actes caractérisés par des abus de la force physique, des utilisations d'armes, des relations d'une extrême agressivité*¹ », tandis que le concept d'agressivité est une notion subjective, un comportement manifestant une intention hostile contre autrui mais aussi contre soi-même, (auto-agressivité).

Le concept de violence permet donc de désigner un fait. Le code civil qui prévoit qu' « *il y a violence lorsqu'une partie s'engage sous la pression d'une contrainte qui lui inspire la crainte d'exposer sa personne, sa fortune ou celles de ses proches à un mal considérable.* »².

Les actes de violence dans le milieu hospitalier sont divisés en deux catégories : **l'atteinte aux personnes** (qui regroupe des formes de violence verbales ou physique) et **l'atteinte aux biens**. Ces deux catégories sont elles mêmes divisées par niveaux de gravité, (reprenant en ce sens la hiérarchie du Code Pénal), le niveau 1 étant le moins grave. Ainsi, le niveau 1 d'un acte se rapportant à une atteinte aux biens désigne les vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis³

B) Méthodologie d'observation et quantification

Les niveaux de gravité sont utilisés par les établissements pour émettre des signalements à L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) crée en 2005. En effet, afin de répondre aux inquiétudes de nombreuses structures faisant état d'une hausse des actes de violences, le ministère de la santé prend une série de mesures⁴ dont les buts est

¹ Dictionnaire *Larousse*. « Urgence ». France : Éditions Larousse. [En ligne, consulté le 04/06/2018]

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/violence/82071>

² Code civil, art. 1140, [En ligne, consulté le 04/06/2018] <https://www.legifrance.gouv.fr/>

³ Ministère des solidarités et de la santé, ONVS, échelle de gravité

⁴ circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence définissait les grands axes d'une politique de prévention des situations de violence puis la circulaire du 11 juillet 2005 qui instaure une remontée systématique des informations relatives aux faits de violence des établissements vers les agences régionales de l'hospitalisation et de ces dernières vers la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Un protocole national signé le 12 août 2005 entre le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur 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.

d'abord de quantifier et d'analyser les actes de violences, puis d'apporter des outils et des actions pour y répondre. Parmi ces dispositions, on peut notamment citer la facilité donnée aux personnels hospitaliers victimes de violence pour déposer plainte, l'établissement d'un système d'alerte privilégié, la possibilité de diagnostic de sécurité par les services de police ou de gendarmerie au bénéfice de l'établissement ou du cabinet professionnel et la surveillance des services d'urgences.

Ce dernier point met en avant le contexte particulier qui est celui des services d'urgences. En effet, les signalements effectués à l'ONVS et présentés annuellement dans le rapport de l'organisme montrent que le sujet n'est pas un épiphénomène à l'échelle des établissements et que les services d'urgences sont, avec la psychiatrie et la gériatrie, les plus touchés. Même si l'ONVS met en garde sur le caractère non exhaustif des données qui sont basées sur du déclaratif et des démarches volontaires, des tendances se dégagent indéniablement.

Ces données mettent en lumière une surreprésentation des atteintes aux personnes aux urgences.

	Atteinte aux personnes		Atteinte aux biens	
	urgences	<i>Moyenne tous services</i>	urgences	<i>Moyenne tous services</i>
2017	88%	81%	12%	19%
2016	85%	78%	15%	22%
2015	86%	76%	14%	24%

Sources : ONVS

Les urgences totalisaient 13% de tous les événements signalés en 2014 et 16% en 2017.

Atteintes aux personnes recensées dans les services d'urgences :

	2015	2016	2017
Violences verbales	78%	81%	82%
Violences physiques	22%	19%	18%

Source : ONVS

Enfin, il convient de préciser que dans 81% des cas de violences signalés, les victimes sont des membres du personnel¹.

1.2.2 Des conséquences multiples et une montée du sentiment d'insécurité

Les répercussions de ces violences sont à analyser sous plusieurs aspects : les conséquences sur les organisations et la prise en charge, sur les équipes et les individus, sur les ressentis et les relations soignants/soignés.

A) Conséquences à l'échelle des individus et des équipes

Lorsque l'on parle de violences, on imagine immédiatement les conséquences physiques sur les personnes. Comme souligné précédemment, les violences physiques ne représentent qu'une faible part des atteintes aux personnes (18% en 2017). Cependant, parmi ces violences physiques, 93% sont au moins de niveau 3 sur l'échelle de gravité de l'ONVS c'est-à-dire des actes de violences volontaires, coups portés, menaces avec arme par nature ou par destination. La première des conséquences est donc de l'ordre du traumatique pour les victimes, sur le plan physique et/ou sur le plan psychologique. Elles peuvent donc engendrer des arrêts de travail, parfois des hospitalisations pour les cas les plus graves. Toute agression violente est objet de souffrance et susceptible d'avoir des conséquences psychologiques qu'il y ait eu ou non des lésions corporelles. Certaines manifestations appartiennent au registre des réactions normalement consécutives à semblable évènement: stupeur, colère, incompréhension, ressentiment pouvant aller jusqu'au désir de réparation ou de vengeance, et cela ne donnera pas de séquelle, à moins que les évènements se répètent ou que le terrain de la victime soit favorable à la décompensation d'un état psychologique. D'autres peuvent constituer les éléments d'une transformation de la personne agressée en véritable victime psychique, sujet à des phénomènes pathologiques susceptibles de n'apparaître que secondairement, éventuellement après un temps de latence relativement long, d'évolution lente et de pronostic incertain.

Au même titre que les victimes directes, les personnels qui sont témoins, ou membre des équipes dans l'environnement de travail proche, sont également affectés par ce type d'évènements : peur, angoisse qui peut se traduire par un sentiment de culpabilité ou de remise en cause des compétences.

A l'échelle d'une équipe ou d'un service, on parle alors d'effet « contaminant » pour traduire ce sentiment d'insécurité qui se diffuse, notamment par le biais de récits (qui peuvent aussi

¹ ONVS, Rapport 2018, p.51

être déformés), à l'ensemble des personnels du secteur. A ce titre, un seul événement traumatique peut avoir de conséquences sur de très longues périodes du fait de cet effet contaminant, de la superposition et de la transmission des récits. Le manque de confiance, le besoin de réassurance, entraîne craintes et inquiétudes dans un système de cercle vicieux.

B) Les nuisances et la dégradation des relations soignants/soignés

Parmi les formes de violences observées dans les structures d'urgences, les nuisances, violences de basse intensité mais régulières, les incivilités, sont régulièrement dénoncées par les personnels soignants et administratifs. La fédération hospitalière de France (FHF) avait dès 2005 consacré une campagne de sensibilisation sur le sujet en rappelant en préambule : « *Dans un contexte national de violence sociale en hausse, le personnel hospitalier n'est malheureusement pas épargné. Il subit aussi de plus en plus l'incivilité, appelée également « petite violence » faite d'injures, de menaces, d'altercations, de non-respect des règles de la part des patients et de leurs accompagnants¹* ». Ces nuisances et incivilités s'insèrent de manière permanente dans le quotidien des structures d'urgences, renforcé par la spécificité des lieux (salle d'attente) et les typologies de patients (patients alcoolisés, sous l'effet de stupéfiants, souffrant de troubles psychiatriques etc...).

L'une des conséquences à ces nuisances est d'abord la modification du ressenti des professionnels de santé vis-à-vis de leur travail mais aussi vis-à-vis des patients. Concernant le travail, outre les conditions de stress et de tensions déjà évoqué plus haut, il y a une perte de sens, une dévalorisation du métier et une forme de découragement, tout ceci amenant le professionnel à remettre en cause son positionnement et ses compétences.

Ce mécanisme est d'autant plus perturbant que le rapport entre le patient et le soignant change de dimension. Alors que son métier est d'aider, de soulager, d'accompagner, de soigner, le soignant lui-même se retrouve victime. « *Le patient ne reconnaît pas au soignant son statut social et professionnel, ce dernier pouvant alors ressentir insatisfaction, sentiment d'insécurité, démotivation²* ». Ainsi, alors que son métier repose sur la notion de « prendre soin » de l'autre, en lui venant en aide, en lui portant de l'attention et en contribuant à son bien-être, le soignant peut éprouver de la frustration liée à un manque

¹ Fédération hospitalière de France, septembre 2005, 1^{ère} campagne nationale contre les incivilités à l'hôpital, communiqué de presse, disponible en ligne sur <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiques-de-presse/Campagne-nationale-contre-les-incivilités-a-l-hopital>

² MANOUKIAN, Alexandre ; MASSEBEUF, Anne (avec la collaboration de), Octobre 2008, *La relation soignant-soigné*. 3^e édition. France : Lamarre, p 135

de considération de son rôle. Cette frustration peut elle-même devenir un générateur de violence et de maltraitance à l'égard du patient, ou de repli sur soi-même.

La dégradation des relations soignants/soignés induite par les nuisances, les incivilités et les violences dans les structures d'urgences est un phénomène d'autant plus préoccupant qu'il est difficile à cerner précisément. Outre le fait que les « simples » incivilités ne font pas systématiquement l'objet de signalements, il y a une tendance aux explications simplistes et rassurantes (car elles exonèrent de responsabilité le service et les équipes) : « *c'est la faute à la société* » « *c'est partout pareil*¹ ». Il y a enfin installation d'une méfiance envers certains types de patients et par réaction une défiance de certains patients envers les équipes (personnes en état d'ébriétés, sans domicile fixe revenant dans les services de manière régulière, patient présentant des troubles psychiatriques).

C) Conséquences sur les organisations de travail, la qualité de la prise en charge

De même que, dans la ville, les actes de violence remettent en cause le bon fonctionnement de la société, elles représentent aux urgences un danger pour l'organisation du service. Perturbation du travail, hausse de l'absentéisme, voire utilisation du droit de retrait, désorganisation des équipes, autant de facteurs qui font peser un risque supplémentaire et démontrent qu'on ne peut dissocier la sécurité du personnel des urgences de la sécurité des soins. Pour les patients, cela se traduit par une diminution de la qualité de l'offre et de la sécurité des soins tandis que pour la structure, les violences récurrentes génèrent un turnover important empêchant toute démarche de conduite et de gestion de projet et diminuant fortement l'attractivité du service et par la même ses possibilités en termes de recrutement (les équipes de nuits sont particulièrement visées par ces problématiques d'attractivité).

Les remarques désobligeantes, les insultes, voire les agressions, influent sur la qualité des soins. Une équipe de chercheurs américains et israéliens a publié en août 2015 dans la revue *Pediatrics* une étude qui conclut que ce type de comportement n'est pas sans conséquence sur la qualité des soins. Les auteurs expliquent que leur « *objectif était d'explorer l'impact des comportements grossiers sur la performance des équipes médicales* ». Les résultats montrent que le temps nécessaire à l'établissement du

¹ Extraits de certains témoignages recueillis lors de l'enquête en annexe à ce mémoire

diagnostic et la rapidité de mise en place du traitement approprié ont été particulièrement affectées par les remarques désobligeantes.¹

En réaction aux actes de violences, on peut assister à des mesures prises sous le coup de l'émotion et sans réflexion globale à court et moyen terme. Cela va des initiatives personnelles potentiellement dangereuses comme l'utilisation de chariots de soins pour bloquer une sortie de secours par laquelle des personnes s'introduisent dans le service, à la décision institutionnelle de « bunkeriser » l'unité, c'est-à-dire la protection et l'isolement parfois au-delà du raisonnable. Installation de sas sécurisés, de portes badgées, de caméras de surveillance, de visiophones, de vitres anti-bris, tout cela en plus des équipes de sécurité souvent postées de manière fixe aux urgences. S'il est vrai que ces actions ne sont pas toutes sans fondements, elles n'en représentent pas moins des coûts supplémentaires considérables : ainsi, le directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) annonçait en mai 2018 un plan de 30 millions d'euros pour améliorer la sécurité des établissements du groupe². De plus, ces verrous sont très difficiles à mettre en place dans les structures d'urgences qui, de par leur fonction même, doivent rester ouvertes.

Après avoir fait un bref état des lieux du contexte global des phénomènes d'insécurité associés à la spécificité des structures d'urgences, il s'agira de présenter dans la partie suivante l'illustration sur le terrain de cet état de fait. La situation des urgences du Centre Hospitalier Intercommunal de Creteil va d'abord être analysée puis mise en perspective.

¹ https://www.techopital.com/les-remarques-desobligeantes-envers-le-corps-medical-ont-un-impact-sur-la-prise-en-charge-des-patients-NS_1706.html?search=impact%20des%20comportements%20grossiers

² https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/05/16/securite-lap-hp-40-de-cameras-en-plus-30-millions-deuros-sur-trois-ans_857937

2 Les urgences du CHI de Créteil face à la question de l'insécurité : comprendre la dégradation d'une situation et préparer une première approche analytique des faits

2.1 Un service d'urgence victime de sa confiance

2.1.1 Forte hausse des passages et premiers signaux d'alertes

A) Présentation de la structure

Les urgences du CHI de Créteil sont divisées géographiquement en 3 unités, chacune dans un bâtiment différent, ce qui s'explique notamment par la configuration pavillonnaire de l'établissement.

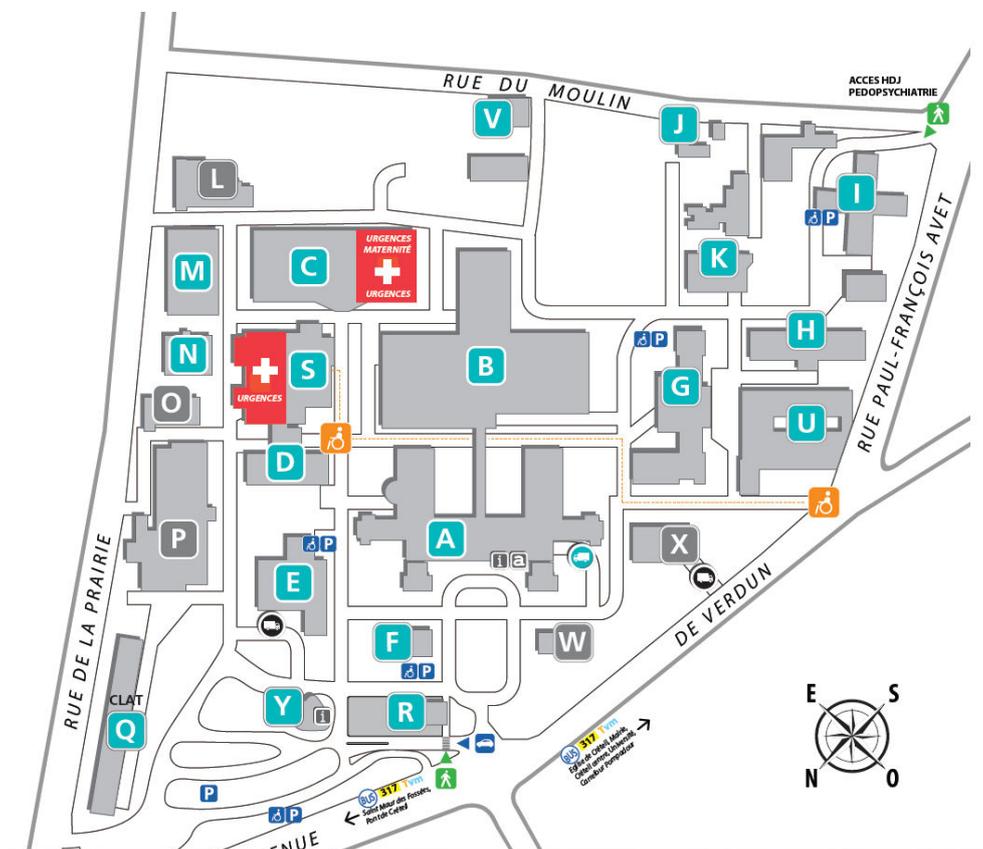
- En préambule, il faut citer l'unité médico-judiciaire (UMJ) qui prend en charge 24 heures sur 24 et sept jours sur sept les consultations et les urgences et assure des examens médicaux nécessaires aux procédures judiciaires, après un dépôt de plainte dans le département du Val-de-Marne. Le service assure également les actes médicaux légaux pour les gardés à vues. Les patients ne peuvent s'y présenter que sous réquisition du parquet, il ne s'agit donc pas d'un service d'urgence au sens propre du terme car non ouvert au public qui s'y présenterait spontanément. Néanmoins, il est important de le citer dans ce travail du fait de sa localisation, en face du sas des véhicules pompiers et ambulances des urgences générales. L'activité des UMJ fait qu'il y a quasiment en permanence un véhicule de police stationné près des urgences.
- Les urgences gynécologiques et obstétriques sont rattachées au pôle femme-enfant-adolescent (PFEA) qui comprend notamment une maternité de niveau 3 réalisant plus de 3500 accouchements par an. L'effectif théorique total en PNM est de 32 ETP (hors sage-femme). Les personnels médicaux y intervenant sont ceux de la maternité et le service est placé sous la responsabilité du chef de pôle.
- Les urgences pédiatriques sont installées dans les mêmes locaux que les urgences adultes mais les deux services sont distincts. Elles sont également rattachées au pôle PFEA et fonctionnent avec un effectif PNM théorique de 35.5 ETP. Coté PM l'effectif est de 3 praticiens permanents (PH temps plein et temps partiel, praticien attaché) et 3 temporaires (praticiens contractuels).

- Les urgences adultes représentent la structure principale. Rattachées au pôle urgence-médecine-imagerie-santé publique (UMISP), elles ont un effectif PNM théorique de 60 ETP dont 25 IDE et 17 AS et un effectif PM partagé entre 9 praticiens permanents (PH temps plein et temps partiel, praticien attaché) et 5 temporaires (praticiens contractuels). A cela il faut ajouter 6 à 10 internes et faisant fonction d'internes selon les périodes. Le service comprend, en plus des box de consultations, 12 lits au sein d'une Unité d'Hospitalisation de Courte durée (UHCD).

Les équipes paramédicales des urgences adultes et pédiatriques, qui sont celles ayant fait l'objet d'un suivi particulier relaté dans ce travail, travaillent avec un cycle en 12h de jour et 12h de nuit (pour les AS et les IDE).

Enfin, il faut souligner que les services adultes et pédiatriques ont intégrés en 2013 de nouveaux locaux, dans un bâtiment neuf de 3000 m² ayant bénéficié d'un investissement de 36 millions d'euros.

Plan du CHIC avec les urgences pédiatriques et adultes à gauche (S) et les urgences gynécologiques et obstétriques à droite (C). Les UMJ sont dans le bâtiment N.

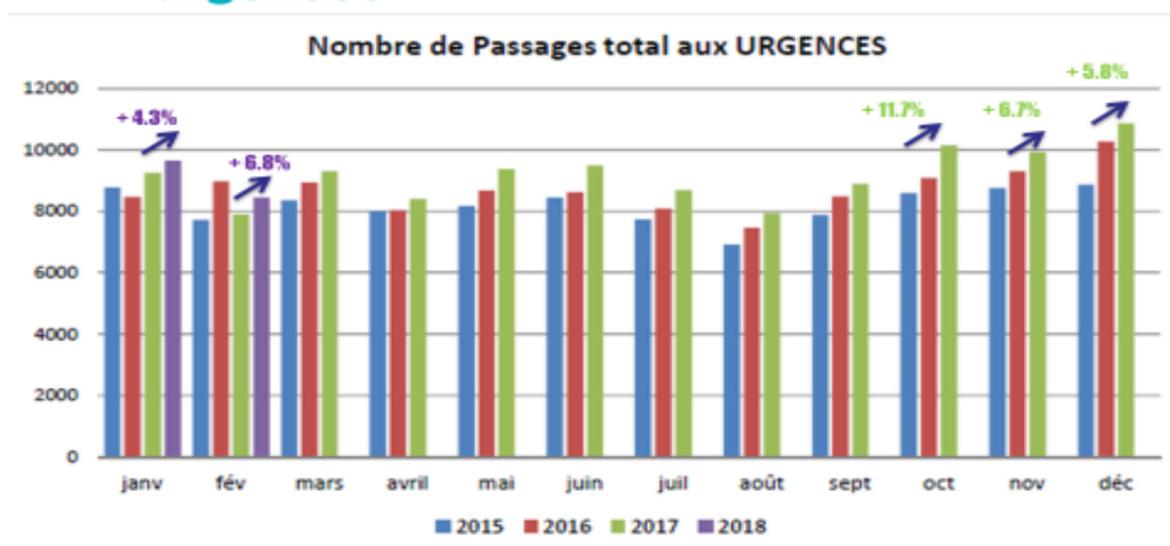


B) Une hausse régulière des passages

A l'image du contexte national présenté en 1ère partie de ce travail, le CHI de Créteil a connu en l'espace de quelques années une hausse rapide et continue du nombre de passages aux urgences.

Le service totalisait 98213 passages en 2015 (urgences adultes, enfants et gynécologiques-obstétriques). Ce chiffre est porté à 104393 en 2016 et atteint 110154 passages en 2017. Les prévisions 2018 vont dans le même sens puisque sur les six premiers mois de l'année (janvier à juin), on décomptait 55 898 passages en 2018 contre 53 716 en 2017 sur cette période.

Une explosion de la demande aux urgences



Extrait du procès-verbal du conseil de surveillance du CHI de Créteil du 29 mars 2018

L'augmentation est donc régulière (environ 5.5% par an) alors même que les urgences du CHI de Créteil sont les plus importantes du département du Val de Marne. Il est alors important de remarquer deux choses :

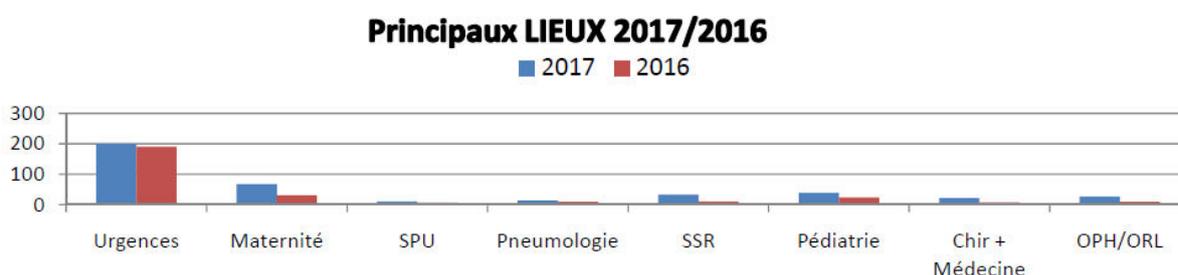
- premièrement, si les pics de fréquentation s'observent de manière habituelle au moment des épidémies hivernales, les périodes couvertes par ces pics ont tendance à commencer plus tôt (dès le mois d'octobre) et à durer, se prolongeant sur les mois de février, voire en mars. Ils sont par ailleurs accompagnés d'autres

hausse de la fréquentation pendant la période estivale, ce qui fait que les périodes de tension peuvent couvrir jusqu'à sept mois dans une année ;

- secondairement, cette hausse de la fréquentation s'accompagne d'une hausse des taux d'hospitalisation sur les deux dernières années dans les mêmes proportions, ce qui contredit en partie l'idée généralement présentée d'une patientèle venant aux urgences pour de la « bobologie ».

C) Une hausse préoccupante des faits de violences.

Le service de sécurité générale du CHI de Créteil classe les atteintes aux personnes en deux catégories : les agressions, qui concernent tout acte comprenant un coup porté et l'insécurité comprenant les menaces, insultes et comportements inapproprié ou agressif mais sans confrontation physique. Dans le rapport d'activité de ce service, présenté aux instances (CTE et CHSCT) chaque année, on peut constater que le nombre total d'intervention des agents de sécurité dans l'établissement est en légère baisse (562 interventions en 2016 et 514 en 2017), cependant, ces interventions ont lieu de plus en plus souvent aux urgences et ce, loin devant les autres services de l'établissement (34% de toutes les interventions ont lieu aux urgences en 2016, 39% en 2017).



Répartition par services des interventions des agents de sécurité - extrait du bilan d'activité 2017 du service de sécurité générale

De plus, au sein des urgences on comptabilise 2 agressions pour l'ensemble de l'année 2017 et déjà 4 pour la période de janvier à juillet 2018. De même, les événements dits « d'insécurité » qui ne comportent pas d'échange de coups s'établissaient à 79 en 2017, chiffre qui atteint la cinquantaine en juillet 2018 (48 au 04/07/2018). Par ailleurs, si ces phénomènes concernent en premier des patients « en état d'ébriété », les rapports d'intervention font de plus en plus souvent état de différents entre le personnel et les accompagnants (16 cas sur les 48 recensés au 04/07/2018 contre 11 sur les 79 cas recensés en 2017). Enfin, en 2017 comme pour les six premiers mois de 2018, une agression sur deux était le fait d'un accompagnant.

2.1.2 Une convergence de facteurs aggravants favorisant les risques

A) Un service prisé pour son apparente tranquillité

Les urgences du CHI de Créteil sont les plus fréquentées du Val de Marne mais cette tendance se rapporte pour moitié aux urgences gynécologiques et obstétriques, pour lesquelles les signalements pour faits de violences sont bien moindres que dans les urgences adultes. A l'image de l'établissement qui se présente comme une structure « *de proximité* » « *à dimension humaine* »¹ les urgences se sont construites en complément de celles de l'imposant voisin, l'hôpital Henri Mondor (AP-HP). Cet établissement, situé à 800 mètres du CHIC, comprend plus de 1300 lits et un service d'urgence couvrant l'ensemble des spécialités dites « lourdes » comme les prélèvements et transplantations, la neuro-chirurgie, l'accueil des polytraumatisés, la dermatologie, la cardiologie et la neurologie. Il s'agit également d'un des plus grand centre d'urgences psychiatriques de la région parisienne (plus de 5000 passages par an). L'hôpital comprend enfin le siège du SAMU du département et un SMUR doté d'un hélicoptère. L'établissement annonçait en 2017 le chiffre de 53000 passages pour les seules urgences adultes.

Ainsi, de manière historique et comme le rappelle Mme JEANVOINE, présidente du conseil de surveillance du CHIC « [...] *habituellement quand le cas est grave on va aux urgences de Mondor, pour le reste on vient au CHIC* »². De même, les offres d'emploi pour les postes de médecins urgentistes publiées en 2016 présentaient un service où il n'y a « *pas de problèmes de violence particuliers* ».

Dès lors, il apparaît que la réputation de ces urgences était celle d'un service en apparence « calme » traitant plutôt des urgences de faible et moyenne intensité et pouvant se reposer sur l'établissement voisin en cas de difficulté. Pourtant, cette situation évolue progressivement à partir de 2015, en relation avec la hausse du nombre de passages. La typologie des patients évolue de la même façon que leur nombre: part importante de personnes âgées polypathologiques, personnes en situation de précarité et présentant une ou plusieurs dépendance aux produits stupéfiants et/ou à l'alcool, patients en décompensation psychiatrique.

L'équipe des urgences se met alors à reprocher un mauvais adressage de la part de la régulation du SAMU et des pompiers et des rumeurs qui prétendent que les urgences de l'hôpital Mondor envoient leurs patients au CHIC, notamment pour les cas psychiatriques. Si ces rumeurs ne peuvent être vérifiées factuellement, elles se diffusent très rapidement

¹ site internet du CHI de Creteil, <http://www.chicreteil.fr/travailler-au-chic-147.html>

² Extrait du procès verbal du conseil de surveillance du CHI de Créteil, 29 juin 2018

dans le service et apportent une explication rassurante à la hausse des passages et aux nouvelles typologies de patients. De plus, ce genre de rumeurs empêche de travailler à une réflexion sur la situation puisque le postulat part du principe qu'il s'agirait de corriger un problème avec la régulation et l'hôpital voisin pour que la situation redevienne « *comme avant* ».

B) Facteurs organisationnels

En parallèle de sa dimension d'hôpital à taille humaine cité ci-dessus, les équipes des urgences du CHIC étaient composées¹, pour les personnels paramédicaux, d'IDE ayant fait la plus grande partie, voire la totalité de leur carrière, dans le service. Ainsi au début de l'année 2017, l'ancienneté moyenne dans l'équipe (AS et IDE) était de 10 ans. Cette longévité, importante pour ce type de service, renforce une fois encore l'image d'une structure connaissant peu de difficultés. Pourtant, cette stabilité de l'équipe paramédicale n'est pas suivie au niveau de l'encadrement. Le poste de cadre de santé peine à être pourvu : trois cadres se succèdent en deux ans sur la fonction sans rester dans la structure, avant une stabilisation en mars 2017 avec l'arrivée d'une cadre supérieure de santé. Cette vacance du poste entraîne des effets délictuels comme le manque de coordination entre les équipes et l'arrêt de toute dynamique de projet.

Ainsi, il n'y a pas de réunions de service et des carences importantes en terme de cohérence et de management apparaissent : un médecin critique ouvertement le tri effectué à l'IOA, des glissements de tâches importants sont observés (AS effectuant des tâches d'IDE). Les conséquences de cette situation viennent s'ajouter au contexte de hausse du nombre de passage et d'évolution du type de patients à prendre en charge. Un absentéisme propre à certains individus s'installe progressivement. Ces absences (arrêts successifs de courte durée) ne sont pas remplacées et le défaut d'encadrement fait qu'il n'y a pas de remontées à la direction des ressources humaines. L'équipe s'organise alors en interne pour compenser ces absences.

On en vient donc, au cours de l'année 2017, à une situation très confuse, dans laquelle l'équipe paramédicale est en autarcie, ou chacun se positionne sur des tâches diverses ce qui fait que « *tout le monde fait tout et donc il ne se passe rien* » selon la description de la cadre supérieure qui a repris l'encadrement du service à ce moment. L'insécurité augmente alors drastiquement, non pas seulement à cause de facteurs exogènes comme la hausse du nombre de passages mais bien à cause de facteurs endogènes, du fait d'une équipe instable dans son organisation, agissant parfois de manière improvisée dans un

¹ Jusqu'en 2018

référentiel qui manque de cohérence. Pour éviter de se mettre en danger physiquement ou professionnellement, les personnels se protègent en se concentrant uniquement sur la technique. Il n'y a plus d'envie et une forme de résignation qui s'installe, conjuguée à la crainte de faire une erreur. Cette situation de tension latente est aussi propice aux cas de burn-out mais également aux réactions violentes entre collègues ou envers des patients.

Il faut ajouter à tout ceci un encadrement médical qui n'a pas su réagir à temps face à ce problème. Il y a un chef de service pour les urgences adultes et un autre pour les urgences pédiatriques, avec pour chacun des deux services une équipe médicale spécifique tandis que l'équipe paramédicale est, elle, commune aux deux services. Cette différence dans l'organigramme des services vient perturber la remontée d'information et ne permet pas aux responsables hiérarchiques de prendre la mesure globale du problème. A l'inverse, l'équipe paramédicale commune aux deux unités a la sensation d'un phénomène d'insécurité généralisé et d'un encadrement sourd à cette situation.

2.2 Analyser les faits pour se démarquer des stéréotypes

Préférer une analyse en deux temps : d'abord une approche statistique et contextuelle de la situation dans le service, qui va permettre de quantifier et de mettre en perspective le phénomène d'insécurité, puis continuer par une approche de terrain (réalisée ici à l'aide d'un questionnaire) afin de saisir les impacts et la représentation de la situation auprès des personnels. Par la suite, cette vision détaillée des problématiques au sein du service permet d'identifier les acteurs clés à associer à la démarche, qui doivent être choisis pour leur pertinence à agir sur un ou plusieurs facteurs précis.

2.2.1 Examen des faits signalés et approche statistique

A) Éléments déclencheurs

Le contexte de hausse des passages, la situation organisationnelle du service, l'état de tension des équipes sont des facteurs qui expliquent que dans cet environnement dégradé, le moindre évènement peut prendre des proportions qu'il devient difficile de contrôler.

Aux urgences du CHIC, ce sont deux agressions physiques qui vont plus particulièrement prendre une importance considérable. La première a lieu en juin 2017 : un patient arrive aux urgences amené par la police après un passage aux UMJ. En phase de délire psychotique, il aurait déjà agressé plusieurs personnes, des membres de sa famille, notamment par morsure. Une IDE reçoit plusieurs coups pendant la prise en charge.

Tout d'abord, cette agression fait l'objet d'une fiche d'évènement indésirable par le service dont voici des extraits :

« Mr X arrive à 2h à l'UCMJ accompagné de la police. Il présente de multiples hématomes dus à une contention manuelle de ses proches et amis qu'il aurait mordu (3 pris en charges aux urgences). Il est transféré aux urgences pour bilan somatique de son délire de persécution agressivité avant d'envisager un transfert en psychiatrie. A 4h30 la levée de la garde à vue est prononcée. {{A 7h30 Mme Y IDE est agressée par Mr ZHOU. Elle reçoit plusieurs coups très violents au visage et dans la nuque. L'équipe ainsi que les patients qui se sont mobilisés pour lui porter secours parlent d'une extrême violence, avec des dégâts matériels collatéraux. Les agents de la sécurité et la police qui surveillaient un autre patient parviennent à le sangler avec beaucoup de difficultés. Le commissariat de Créteil arrive sur les lieux à la demande de leurs collègues (une dizaine de personnes pour le maîtriser. [...]»

Voici l'évènement tel que décrit dans le rapport du service de sécurité :

« Nous avons été alerté par les infirmières des urgences adultes pour intervenir au sujet de M.X, dont la garde à vue aurait été levée. Nous sommes intervenus immédiatement, au sol et avec l'aide de la police nous avons réussi à le maîtriser. La police est intervenue pour lui passer les menottes, nous avons aidé les infirmières à lui mettre les sangles de contention de nouveau. M.X à son réveil a demandé à voir un médecin (en s'exprimant en anglais). Sans aucune raison, il a violemment agressé une infirmière en la mordant au niveau de l'épaule. »

Une deuxième agression a lieu presque un an plus tard, en mai 2018, en voici la description faite dans le rapport de l'agent de sécurité :

« Nous sommes intervenus sur une patiente accompagnée par sa fille pour une agression contre une infirmière au service des urgences adultes. Sur place et en présence des policiers (ils étaient sur place pour une garde à vue), l'infirmière nommée X nous a informés qu'elle avait été agressée par la fille de la patiente. - la cadre de nuit a été avisée. - La fille a été interpellée par la police. - La maman a fait une crise et est devenue très agressive suite à l'interpellation de sa fille. La maman a fini par faire un malaise. La fille a été accompagnée par la police dans un bureau aux services des urgences. Nous sommes restés avec la maman pour rassurer le personnel et nous avons réussi à la calmer. La maman a refusé de continuer les soins et elle a quitté l'hôpital avec sa fille qui a été relâchée plus tard avec une convocation du commissariat. »

En premier lieu, nous remarquons qu'une durée assez longue sépare les deux évènements. Pourtant, la première agression ayant laissé un souvenir très fort de par sa violence et sa nature (de nombreuses personnes présentes, un patient extrêmement agité qui mord ses victimes), elle devient un référentiel qui est cité à chaque fois pour décrire le

sentiment d'insécurité du service. Ainsi, même si la deuxième agression est éloignée dans le temps et est différente tant dans le déroulé que dans les causes, elle est vécue comme une suite de la première : « *c'est comme la dernière fois* » ou « *ca recommence, ca ne s'arrête jamais* » sont quelques propos entendus au sein de l'équipe après la deuxième agression.

En second lieu, les personnes mises en cause dans ces deux événements correspondent exactement au profil désigné et craint par les équipes : un patient présentant des troubles psychiatriques dans le premier cas et un accompagnant dans le second. Dès lors, toute prise de recul ou retour sur l'événement est biaisé par des réponses fermées : « *on vous avait prévenus* » « *il fallait s'y attendre* ».

Troisième point : ces deux agressions ont eu une portée qui a dépassé le simple cas des victimes ou des personnels présent ce jour là : intervention de plusieurs agents de sécurité, d'autres membres du personnel (brancardiers) et d'agents de police. En conséquence, les deux événements se sont trouvés dans la situation de produire l'effet contaminant décrit en 1-2-2 de ce mémoire, puisque faisant l'objet de questionnements de la part des personnels qui n'étaient pas présents à ceux qui ont vécu la scène et des récits plus ou moins déformés qui ont suivi. La première agression est par exemple devenue une situation qui est racontée à tous les nouveaux arrivants, avec force détails sur le degré de violence et les coups portés.

B) Observations des faits à partir des données de l'établissement

Un premier travail à réaliser est de se saisir des données disponibles dans l'établissement et de les mettre en perspective avec les témoignages de l'équipe. Le but de cette démarche n'est évidemment pas de chercher à contredire ou à minimiser ce qui est rapporté par le personnel mais à caractériser la globalité de la situation et évaluer l'écart potentiel entre ce qui relève du sentiment d'insécurité et de la quantité ainsi que du niveau de gravité des faits constatés. Cette première étape est un passage obligé pour pouvoir ensuite construire un plan d'action ciblé selon ce qui sera observé.

Cette analyse sera effectuée au CHIC à partir de deux sources : les fiches d'événements indésirables (FEI) et les rapports des agents de sécurité. Dans une moindre mesure, nous avons également utilisé, pour certains cas spécifique, les rapports rédigés par les administrateurs de garde. La période retenue pour la collecte de ces données va du 1^{er} janvier 2017 au 31 juillet 2018, d'une part parce que les données des années précédentes ne sont plus disponibles, d'autre part parce que cette période permet de comparer le recensement et la nature des événements en fonction des évolutions récente du service qui ont été décrites précédemment.

Observations à partir des FEI :

Les FEI sont effectuées par les personnels sur un logiciel dédié. Il s'agit d'une description des faits rédigée le plus souvent dans un délai très court après un événement. Elles sont transmises de manière automatique à l'encadrement et aux services qui sont potentiellement concernés par le problème (par exemple les services techniques pour un problème de maintenance) et font l'objet d'un suivi par la direction de la qualité et de la gestion des risques qui peut intervenir et se saisir de tous les cas jugés les plus graves ou nécessitant un suivi spécifique.

Sur la période, la direction de la qualité et de la gestion des risques a reçu 11 FEI concernant les problématiques liées à l'insécurité aux urgences. Parmi ces FEI, nous retrouvons les deux agressions physiques mentionnées ci-dessus, qui sont les seules de ce type. Les neuf autres événements concernent des violences verbales (insultes et menaces).

On peut déjà déduire de cette observation plusieurs choses : le nombre d'événements signalés paraît relativement bas, moins d'un par mois en moyenne. Cela pose question, que ce soit sur l'utilisation de la procédure de signalement elle-même ou sur le sentiment d'insécurité du service qui pourrait apparaître exagéré au vu de ces données. Concernant les personnes en cause, on retrouve une grande majorité de FEI mentionnant un problème avec l'accompagnant et une traitant d'un différend entre deux membres du personnel.

Observations à partir des rapports des agents de sécurité :

Ces rapports sont rédigés de manière systématique par les différents agents de sécurité qu'ils soient en poste aux urgences ou détachés dans le service de façon ponctuelle (appelé pour aider à maîtriser un patient en crise par exemple). Ils ne sont pas transmis à l'encadrement mais peuvent être consultés sur demande et en fonction des besoins (dépôt de plainte, enquête).

Sur la période, 118 événements sont recensés comme ayant fait l'objet d'une intervention de la part d'un agent de sécurité aux urgences. Cinq de ces événements sont des agressions, les autres sont principalement des actions visant à s'interposer entre le personnel et un patient ou accompagnant agressif ou menaçant. Une grande partie des interventions ont également pour cause un patient en état d'ébriété ou sous l'emprise de stupéfiants.

Cette très grande différence entre le nombre de déclaration de FEI et les rapports d'interventions des agents de la sécurité nous permet de prendre la mesure du problème et d'en tirer rapidement quelques enseignements : il y a de nombreux actes de violence qui ont lieu dans le service mais ils ne sont pas remontés à qui de droit (direction, encadrement supérieur). Ainsi aucune action n'est entreprise pour lutter contre ce phénomène ou accompagner le personnel, ce qui a pour conséquence une dégradation continue des conditions de travail et un sentiment d'abandon des équipes. De plus, l'équipe médicale n'est concernée directement que par trois événements, qui par ailleurs sont des événements mineurs (comportement menaçant, insulte de la part de patients en état d'ébriété). Ceci accentue d'autant le sentiment d'isolation de l'équipe paramédicale.

C) Interroger les équipes

Pour compléter cette approche d'observation, il a été décidé de diffuser en mars 2018 auprès de l'équipe des urgences un questionnaire portant sur la perception de la situation que pouvait en faire chaque agent, à titre individuel. Ce questionnaire¹ se divise en 4 sections : situation professionnelle de l'agent (métier, ancienneté dans le service...), savoir si la personne a déjà été victime ou témoin d'une agression physique ou verbale, un avis sur les causes et les axes d'améliorations possible et un encadré d'expression libre pour décrire le ressenti de la personne interrogée vis-à-vis de ses conditions de travail actuelles. Les résultats de ce questionnaire seront abordés plusieurs fois par la suite dans ce mémoire mais nous nous arrêterons d'ors et déjà sur le taux de réponse et les premières sections.

Près de 70% de l'effectif PNM des urgences a répondu au questionnaire, majoritairement des IDE, de jour comme de nuit. Ce bon résultat a permis de donner à cette enquête une assise en termes de représentativité des réponses. Sur le pourcentage de répondants, tous ont déclaré avoir déjà été victime d'une agression verbale dans le service et dans les six derniers mois, tandis qu'un quart ont été victime d'agression physique. Ce premier résultat vient confirmer les données des rapports des agents de sécurité sur le climat d'insécurité qui règne dans le service et prouve de manière définitive que le système de FEI ne fonctionne pas et apporte à la direction et à l'encadrement supérieur une vision très sous-estimée de la réalité.

Lorsqu'on demande aux agents ce que seraient, selon eux, les causes de l'insécurité, les temps d'attente arrivent largement en tête des réponses, suivent ensuite les

¹ cf annexe 1

comportements des patients (exigences, sollicitations...). Ceci peut s'interpréter de plusieurs façon : tout d'abord, il y aurait un problème lié au contexte global de hausse des passages aux urgences, hausse qui fait que les temps d'attente augmentent en proportion et dans ce cas il est difficile d'agir. En d'autres termes, ce sont des conditions extérieures et l'hôpital est impuissant. Ensuite on peut interpréter cette réponse comme dénonçant un problème d'organisation, dont il faudra déterminer si cela se limite à l'organisation du service (tri non pertinent, circuits inadaptés...) ou si cela s'étend à l'organisation de l'établissement (disponibilité en lits d'aval, plages d'imagerie insuffisantes, analyses des prélèvements sanguins et/ou biologiques trop lente...). Cette interprétation laisserait dans tous les cas des marges de manœuvre et des possibilités d'amélioration.

Enfin, la dernière section du questionnaire (d'autres sections seront abordées plus loin) propose aux agents de décrire en quelques mots leur ressenti. Là encore, le constat est sans appel : le terme « *résigné* » arrive largement en tête, suivi de « *seul* » et « *colère* »



The word cloud features the following words: 'seul' in green, 'résigné' in purple, 'peur' in small green, 'indifférent' in small green, 'colère' in blue, and 'incompréhension' in green.

Nuage de mots réalisé à partir des résultats du questionnaire

Ainsi, ce questionnaire vient confirmer les signaux alarmants entrevus par les rapports de sécurité : une équipe à bout qui se déclare seule face à une épidémie de faits de violence.

2.2.2 S'appuyer sur les acteurs pertinents pour une vision ciblée des problématiques

Il convient en effet, avant d'agir, de recenser et d'identifier en fonction des faits remontés les différents acteurs qui pourront s'intégrer dans un plan d'action pour le service. Pour cela il est nécessaire d'examiner à nouveau les faits et les témoignages pour cerner l'ensemble des problématiques et donc pouvoir associer les bons interlocuteurs à la démarche.

A) Encadrement supérieur et de proximité

Comme précisé précédemment, le service a souffert d'un turn over très important sur la fonction de cadre de proximité et de cadre supérieur et ce, avant une stabilisation à la fin 2017 avec le recrutement successif d'une cadre supérieure en milieu d'année, puis d'une cadre de proximité. Le personnel d'encadrement aura donc une tâche conséquente puisqu'il lui faudra agir rapidement et efficacement pour repositionner chaque agent dans sa fonction et son rôle, identifier les besoins en termes de moyens humains et matériels, restaurer une dynamique de conduite de projet pour redonner une ligne directrice et une cohérence aux projets du service et enfin s'attaquer aux problématiques organisationnelles telles que la gestion des flux patients, la construction des plannings, les besoins en formations... Le cadre apporte son expertise aux équipes sur les questions de réglementations et doit se positionner en tant que responsable, offrant au personnel soignant une protection qu'ils n'avaient plus jusqu'ici. Il intervient en cas de plaintes de patients, d'accompagnants ou de différends entre professionnels. De plus il restaure un lien fonctionnel entre personnel médical et paramédical.

Les interlocuteurs que sont ici le cadre de santé et le cadre supérieur sont donc fondamentaux sur les questions d'insécurité et il apparaît logique et légitime de les associer aux réflexions en cours.

B) Le responsable des services de sécurité

L'examen des rapports des agents de la sécurité, des FEI et l'écoute de certains témoignages ont mis en lumière l'apparition de multiples incompréhensions, voire de conflits entre les agents chargés de la sécurité et les équipes des urgences. Les soignants reprochent aux agents de sécurité de ne pas se déplacer systématiquement, de ne pas protéger le personnel en ne s'engageant pas physiquement dans la confrontation, de ne pas prendre systématiquement la défense des soignants en public en cas d'incident.

Voici un extrait d'une FEI faite par une IDE après un différend avec un agent de la sécurité :

« [...] l'agent de sécurité de nuit me rejoint dans le service pour me faire part de façon très virulente de son mécontentement devant témoin!! Très agressif avec moi me rappelle de plus recommencer!!!!!!! Aucune sécurité aucun dialogue!!! »

Le responsable de la sécurité sera donc mis à contribution pour restaurer le dialogue avec les équipes. Il aura pour tâche d'expliquer ce qu'a le droit de faire ou de ne pas faire un agent de sécurité, d'écouter et de participer à l'analyse des situations pour adapter les formes de réponses et la répartition des effectifs de son service, il apportera également son expertise sur la gestion de conflit et le dialogue dans les situations de tensions. Enfin il détaillera les mesures à prendre pour renforcer les dispositifs de sécurité (caméra,

alarmes, interphones reliés au PC sécurité) et l'accompagnement des victimes (liaison avec le commissariat).

C) La psychologue du travail

La Direction des Ressources Humaines du CHIC est dotée d'un département Qualité de Vie au Travail (QVT). Ce département comprend la médecine du travail, les assistantes sociales du personnel et une psychologue du travail. Le travail de cette psychologue s'intègre dans la politique de lutte et de prévention des risques psychosociaux qui est, au sens large, définie dans le Projet Social 2018-2022 de l'établissement¹. Pour mener à bien ses missions, la psychologue du travail reçoit les personnels, sur la base du volontariat et en conformité avec les règles du secret professionnel. Les entretiens peuvent être sollicités sans motif préalable, être individualisés ou par groupe, par exemple à l'échelle d'une équipe. Dans le cas de la situation des urgences, l'intervention de la psychologue pourra s'articuler autour de deux hématiques : d'abord créer et animer des groupes de paroles entre personnel du service dans le but de revenir sur des épisodes de tension et de stress (après une agression physique, une altercation) et dans le même temps détecter les comportements individuels qui peuvent être source de conflits afin de proposer des actions rapides de médiation ou de prévention ciblées (par exemple, isoler et traiter un conflit de personne entre deux soignants pour éviter une diffusion des tensions à toute l'équipe). Enfin, la psychologue du travail apportera son expertise sur les réactions et les comportements pouvant apparaître dans ce contexte d'insécurité pour le service.

D) Le responsable de la maintenance et des services techniques

Le responsable de la maintenance, ou un de ses adjoints, est un acteur qui s'est avéré être de première importance pour les urgences du CHIC. Comme décrit précédemment², les urgences ont été installées en 2013 dans un nouveau bâtiment. Plus spacieux et plus modernes, ces locaux souffrent néanmoins de dégradations, qu'elles soient volontaires ou du fait de l'usage. Cela peut aller d'une fermeture de porte défectueuse à des prises électriques arrachées, un manque d'éclairage dû à des ampoules hors service mais aussi des fuites d'eau ou des problèmes de chauffage ou climatisation. Or, il est très vite apparu dans l'analyse des problématiques que le sentiment d'insécurité était renforcé lorsque la fiabilité de l'environnement de travail n'apportait pas toutes les garanties de sérénité et de sécurité nécessaires à la prise en charge. Peur des intrusions, de l'accident, gêne simple

¹ Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, *Projet Social 2018-2022*, Axe 3 : « *Qualité de vie au travail* », volet 4 « *politique psychosociale* » adopté le 19 décembre 2017, 88 p.

² voir 2-1-1

ou aggravée (forte chaleur) sont autant de préoccupations qui ne doivent pas peser sur les individus ou nourrir les tensions au sein du service. Il est à noter que même si les atteintes aux biens sont moins nombreuses que les atteintes aux personnes dans les remontées statistiques des faits de violences aux urgences, les dégradations constituent une cicatrice visible d'un évènement qu'il faut rapidement effacer, autant pour l'aspect pratique (remettre en état des locaux ou une zone de travail) que par effet psychologique, tant il est vrai que plus un environnement est dégradé, moins il est respecté par ses usagers.

E) Le personnel médical.

Associer le personnel médical, c'est-à-dire non pas seulement le chef de service mais bien les praticiens qui travaillent au sein de l'équipe est d'autant plus problématique que l'organisation même de la structure des urgences au CHIC est cloisonnée par spécificités : urgences adultes, pédiatriques et gynéco obstétriques. Alors que pour les urgences adultes et pédiatriques, les équipes paramédicales sont communes, les équipes médicales elles, sont différentes, chef de service compris. Si l'on ajoute à cela le fait que les urgences adultes et les urgences pédiatriques ne dépendent pas du même pôle, on peut comprendre la difficulté et les nombreux freins qui apparaissent lorsque l'on tente de construire une démarche de travail commune. Pour le chef de service des urgences adultes, la violence ou le climat d'insécurité n'étaient pas des sujets prioritaires, jusqu'à la survenue des agressions physiques, évoquées précédemment comme éléments déclencheurs d'une prise de conscience. Néanmoins, une fois cette prise de conscience établie, la participation du personnel médical aux réflexions sur des moyens de lutte contre l'insécurité a été satisfaisante, bien qu'aléatoire en fonction des sujets.

Il apparaît assez clairement que le ressenti sur les conditions de travail et le sentiment d'insécurité est vécu différemment entre le personnel médical et paramédical. C'est un des points sur lequel il conviendra de s'interroger puisqu'il permettra d'apporter des éclaircissements sur le lien entre sentiment d'insécurité et organisation du service.

3 Agir à partir des analyses : comment cibler et équilibrer les actions rapides et les réflexions à moyen terme

3.1 Présentation des actions et des mesures prises au CHIC

3.1.1 Interpréter les analyses et donner du sens aux groupes de travail

La phase d'observation et d'analyse a permis de déterminer les impacts sur les équipes et le service et d'identifier les acteurs à associer dans un plan d'action. La phase active commence par la reconnaissance des faits générateurs d'insécurité dans la structure et la constitution de différents groupes de travail, chacun avec une spécificité bien précise et qui s'articuleront entre eux pour offrir une réponse coordonnée aux différents problèmes.

A) Faits générateurs d'insécurité recensés.

En définitive, à partir des observations précédentes (enquête et analyse statistique), il convient de retenir certains faits générateurs de violence et certaines situations qui abondent un sentiment d'insécurité au sein de la structure des urgences du CHIC.

Organisation du service :

Les problèmes se rapportant directement à des dysfonctionnements relatifs à l'organisation interne du service sont parmi les principaux faits générateurs d'insécurité. On retrouve ici la difficile question de la gestion des temps d'attente, la zone de tri et les circuits de prise en charge. Ces problèmes sont connus et sont même les premiers pointés par les soignants eux-mêmes. Ainsi, la gestion du temps d'attente est désignée par 60% de l'équipe comme étant un facteur d'insécurité. Ceci est directement rattaché à l'organisation du service puisque l'attente n'est pas seulement une conséquence de la hausse des passages. Disponibilité des personnels, temps des examens et des analyses variables, tri approximatif par l'IOA qui applique un principe de précaution par excès de prudence... Autant de facteurs qui montrent par eux-mêmes que des actions d'organisations peuvent influencer sur le temps d'attente. La situation devient réellement vecteur d'insécurité lorsqu'elle n'est ni maîtrisée, ni prise en compte comme conséquence dans les analyses. Ainsi, il est habituel d'incriminer les patients « *qui n'ont rien à faire aux urgences* » comme responsable des salles d'attentes remplies alors que dans le même temps on remarque des délais qui peuvent parfois être très long en période de basse fréquentation, preuve s'il en est de la grande subjectivité de ces jugements et d'un manque de structuration et de

cohérence dans la prise en charge¹. Quoi qu'il en soit, l'attente, génère frustration et énervement, voire agressivité pour les patients, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'un manque d'information, constat qui a été fait au CHIC.

La méconnaissance (ou le manque) des procédures :

L'un des facteurs d'insécurité principaux réside dans le fait que l'équipe ne peut s'appuyer sur une prise en charge homogène du fait de l'absence de procédures pour des situations bien spécifiques. Et dans le cas où la procédure existe, elle n'est pas connue ou pas assez accessible pour les soignants. Cet état de fait conduit à des improvisations et des différences de traitement pour les patients ce qui peut provoquer des comportements agressifs causés par les incompréhensions inhérentes à ces différences de traitements. Ainsi, chaque soignant se place lui-même en situation d'insécurité en appliquant sa propre méthode, faute de consigne claire. Ces cas se regroupent au CHIC autour de plusieurs aspects pourtant sensibles aux urgences tels que la gestion des accompagnants ou les refus de soins. La gestion des accompagnants ne fait l'objet d'aucune procédure au début de l'année 2018. Dès lors, les visites de proches aux patients hospitalisés dans le service ou l'accès à ce même service lorsqu'un patient arrive aux urgences avec un accompagnant est aléatoire, en fonction de l'affluence, de l'horaire et du bon vouloir des personnels en poste. Des situations de conflits sont fréquemment observées lorsque l'accès au service est refusé à un accompagnant tandis que quelques minutes plus tard, cet accès est autorisé pour un autre. De même, l'une des agressions physiques évoquées plus haut avait pour élément déclencheur le fait qu'un IDE avait refusé qu'une fille puisse voir sa mère prise en charge dans le service. Le même schéma d'insécurité se retrouve pour les refus de soins : en l'absence de procédures claires rappelant la réglementation et les conduites à tenir, il est fréquent que des IDE gardent des patients parfois contre leur gré, ne sachant pas si elles seraient tenues pour responsables en cas d'incident après la sortie contre avis de celui-ci. En novembre 2017, une IDE et un AS ont même été jusqu'à courir hors de l'établissement à la poursuite d'un patient qui repartait du service « sans leur autorisation ». Dans ce genre de cas, les risques d'accidents ou de confrontation sont bien entendu très élevés.

Les relations entre professionnels :

Les problèmes consécutifs à l'organisation du service et à la méconnaissance des procédures participent directement d'une dégradation des relations entre les

¹ Il est hors de question de minimiser ici la délicate question des fortes hausses de passages dans les services d'urgences mais de remarquer que ce point n'est pas le seul facteur de la hausse des temps d'attente

professionnels, que ce soit au sein d'une même équipe ou entre des agents aux professions différentes. Ainsi, il est constaté que dans l'équipe des urgences adultes et pédiatriques du CHIC, de fortes tensions sont apparues entre certains individus. Cela peut notamment s'expliquer par un positionnement rendu difficile, qu'accentue le manque de cohésion dans la prise en charge en situation de tension (épidémies hivernales). La carence en personnel d'encadrement de proximité fait que les fortes personnalités ou les agents les plus anciens dans le service occupent de fait – et parfois avec les meilleures intentions – la place vacante de cadre. N'ayant cependant ni la formation ni l'autorité hiérarchique sur leurs collègues, ces agents en viennent à perturber l'équipe, à la fragmenter en clans tandis que d'autres personnels choisissent eux de s'isoler.

Les relations sont également très dégradées entre agent de sécurité et équipes soignantes, principalement dû au fait que le métier et les champs d'action des agents de sécurité sont inconnus et incompris. Ainsi, une IDE ne comprenait pas pourquoi un agent de sécurité ne pouvait pas frapper un patient très agressif, tandis qu'un autre IDE considérait, lui, les agents de sécurité comme des portiers ou « *des videurs de boîtes de nuit* » chargé de sélectionner parmi les patients et les accompagnants ceux qui avaient le droit d'entrer ou non. Ces mauvaises relations rendaient alors le travail de tous plus difficile, voire dangereux en situation de crise ou de forte affluence et incitait certains professionnels à s'absenter ou à demander un changement de service.

La configuration des locaux :

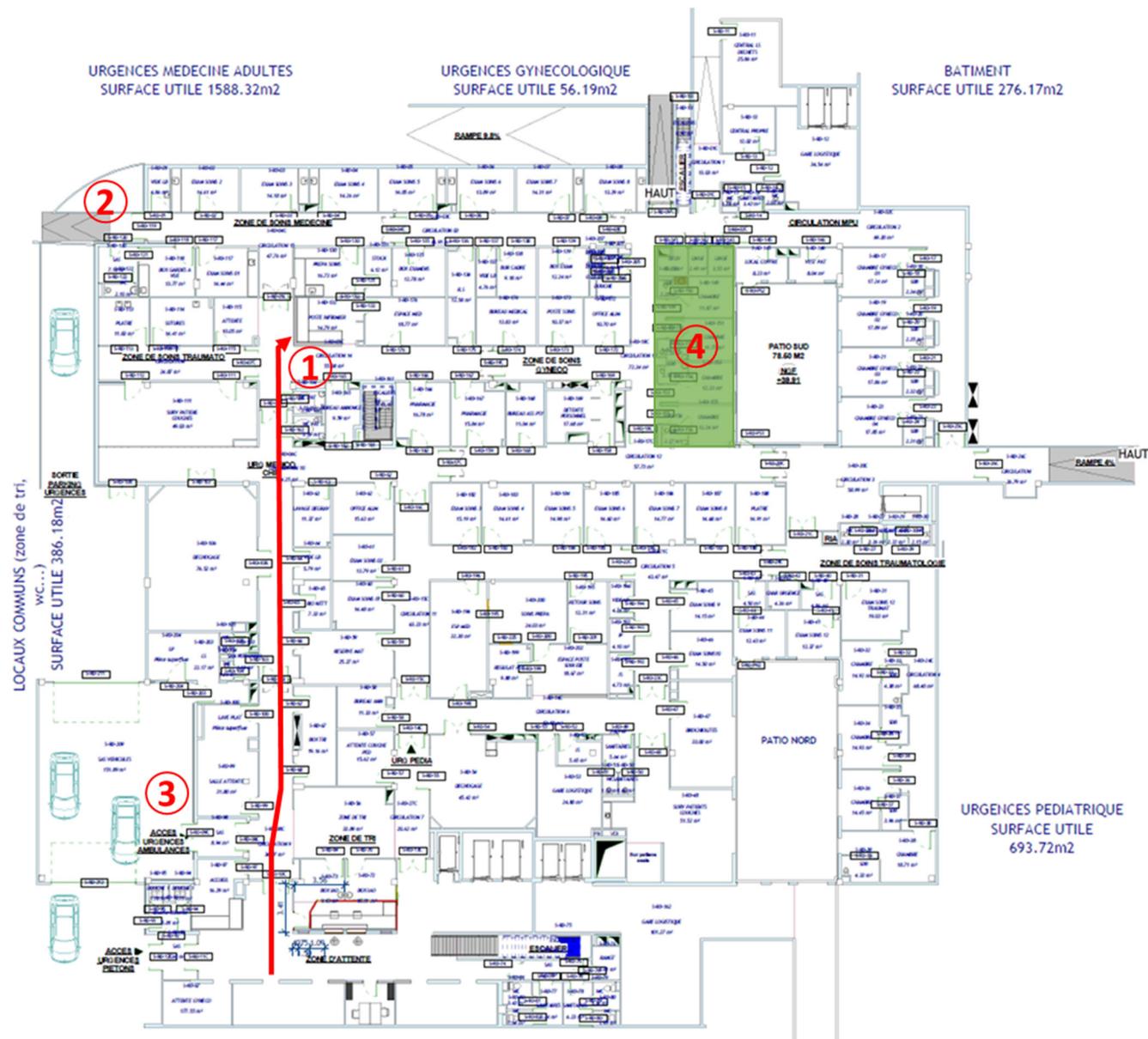
Les urgences du CHIC ont intégré en 2013 de nouveaux locaux, dans un bâtiment neuf. Ce point pourtant positif présente néanmoins des faiblesses qui ont des conséquences sur les conditions de travail et la sécurité. Tout d'abord, s'il est vrai que les locaux du service des urgences adultes et pédiatriques sont spacieux et aérés, la dimension est ici un désavantage pour en assurer la sécurité : plusieurs endroits sont isolés, connaissent peu de passages, il est fréquent que des soignants se retrouvent seuls surtout la nuit dans certaines parties du bâtiment. En cas d'agression ou de besoin d'aide urgent, il peut y avoir un certain délai avant de pouvoir localiser précisément la zone de l'appel ou de l'incident.

Le plan présenté en page suivante permet d'illustrer quatre problèmes principaux (numérotés en rouge) :

1. La flèche représente le trajet entre la salle d'attente et le poste de soins. Que ce soit les patients debout, les accompagnants ou les personnels, tous doivent emprunter ce long couloir pour accéder au centre du service.

2. Cette entrée est celle des gardés à vues, patients amenés par les forces de l'ordre. Elle nécessite une surveillance supplémentaire car dans un endroit à l'écart du cœur d'activité du service. L'accès par cette porte est parfois utilisé par des patients ou des accompagnants pour contourner le sas d'entrée principal.
3. Cette entrée est celle du sas des véhicules de secours (pompiers, SAMU et ambulances). De la même manière que le point précédent elle est utilisée par des patients ou visiteurs qui cherchent à contourner l'entrée principale. Il est impossible d'en contrôler strictement l'accès par badge au risque de ralentir ou d'empêcher les arrivées des patients sur brancard, elle nécessite donc une surveillance constante.
4. Ces chambres sont celles de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD). Initialement prévue pour 12 lits, elle accueille parfois jusqu'à 30 patients. La situation de ces chambres au sein même du service d'urgence, avec des hospitalisations pouvant excéder les 72h lorsqu'il y a des difficultés à trouver des lits d'aval, pose de nombreux problèmes notamment de circulation des personnes. En effet, les familles venant visiter leurs proches hospitaliser doivent toujours passer par le sas d'entrée des urgences et se voit parfois refuser l'accès pour cause d'affluence, ce qui génère une nouvelle fois incompréhension et tension.

Plan général des urgences adultes et pédiatriques du CHI de Créteil



B) Structure et rôle des groupes de travail.

Les groupes de travail ont des formes différentes et sont organisés selon une logique participative et un système de prise de décision horizontal, à l'exception du comité de pilotage (COPIL).

- **Le COPIL** dédié au traitement de l'insécurité dans les services d'urgences s'est réuni une première fois en janvier 2018. Le contexte décrit précédemment était aggravé du fait d'une forte affluence liée en partie aux épidémies hivernales. La composition du COPIL est restreinte à la direction et l'encadrement du service ainsi que le responsable sécurité de l'établissement. Ce comité a pour principal objectif d'enclencher la dynamique de travail sur le sujet. En effet, la situation des urgences au CHIC devenait confuse pour plusieurs raisons : une disparité des modes de signalements et du nombre d'événements signalés qui empêche une remontée circonstanciée à la direction, accompagné dans le même temps d'un nombre important de témoignages, ou plutôt de récits plus ou moins vérifiables, laissant entendre qu'il y avait beaucoup plus d'incidents que ce qui était réellement signalé. De plus, un événement indésirable grave (EIG) s'est produit pendant cette période hivernale, sur une prise en charge en apparence banale mais dont les conséquences ont indirectement été la cause d'un décès. Les réunions consécutives à cet EIG dans le service (intervention de la direction des soins auprès des équipes) ont confirmé une situation dégradée dont l'insécurité est à la fois l'une des causes mais aussi l'un des facteurs contribuant à maintenir ce climat de tensions. Le COPIL a donc pris acte de ces éléments et examiné d'abord un angle d'approche prioritaire, permettant d'aborder le problème sur un sujet ciblé qui était les relations entre l'équipe soignante et les agents de sécurité²⁹. Cette précaution va justement permettre de lancer une dynamique de travail qui, parce qu'elle est ciblée sur un point spécifique, pourra avancer rapidement et enclencher une succession de réflexions sur les autres sujets connexes. Cette façon de procéder a été privilégiée par opposition à une approche globale du problème qui pourrait mettre beaucoup de temps à se construire au vu de la multiplicité des facteurs et des enjeux. L'action du COPIL s'arrête à cette phase de lancement, l'évolution de la situation sera suivie régulièrement mais à des échéances assez longues (six mois), le rôle du COPIL n'étant pas d'intervenir dans le détail du processus.

²⁹ Voir supra

- **-Les réunions « insécurité aux urgences »** : ces réunions forment l'épine dorsale du dispositif. Le principe de leur mise en place a été décidé par le COPIL mais l'organisation, la forme et le contenu était à définir par les participants, le tout étant animé par un directeur adjoint référent sur la question. Ces réunions obéissent d'un commun accord à plusieurs principes fondamentaux : elles se déroulent dans le service, ce qui permet de faciliter la venue des équipes pendant leur temps de travail, il n'y a pas d'obligation d'y assister pour tout ou partie mais des comptes-rendus sont diffusés à l'ensemble du service et non pas aux seuls participants. Ces participants sont donc volontaires pour ce qui concerne les équipes mais on retrouve de manière obligatoire un directeur adjoint référent du pôle, un cadre supérieur de santé (responsable des urgences adultes et pédiatriques ou des urgences gynéco-obstétriques), un cadre de proximité du service des urgences adultes, la psychologue du travail, le responsable sécurité de l'établissement et un agent de sécurité des urgences, au minimum un membre de l'équipe médicale et enfin le responsable de la maintenance ou son adjoint. Ce panel de personnes ressources sera en mesure de répondre et amener une expertise sur l'ensemble des sujets abordés³⁰. La présence des IDE, AS et autres membres de l'équipe des urgences est vivement encouragée et pour faciliter les roulements, deux réunions par mois sont organisées, à chaque fois dans la même semaine afin de multiplier les possibilités pour le personnel d'y assister. Enfin, les principes même de ces réunions sont basés sur l'écoute et le dialogue : lors des premières rencontres, le directeur adjoint qui anime la réunion a présenté la thématique d'approche retenue par le COPIL (les relations conflictuelles entre le personnel des urgences et les agents de sécurité) puis, en accord avec les principes cités ci-dessus, laissé les équipes s'exprimer sur le sujet. Très vite les récits et exemples racontés par le personnel permettent de mesurer concrètement le niveau de tension, qu'il soit propre à certains individus ou commun à l'équipe, les implications et conséquences liées à ce sujet de conflit entre soignants et agents de sécurité. Le fait de se retrouver « obligé » de dialoguer sur un sujet conflictuel, apporte rapidement des pistes : les agents de sécurité et le personnel des urgences réalisent qu'ils ne connaissent pas les limites d'actions et les domaines de compétences des uns et des autres (qui intervient, quand, à quel moment et comment ?), ce qui permet de faire émerger une démarche constructive au fil des réunions conduisant au souhait porté par les personnels eux-mêmes de retravailler, revoir ou rédiger de nouvelles procédures et conduite à tenir, mais aussi de participer de manière active aux différentes possibilités d'amélioration du service. Cet exemple illustre le succès de

³⁰ Cf. 2-2-2 de ce mémoire

ce mode opératoire : un problème rapporté sous forme de témoignage ou signalement, est mis en confrontation devant toute l'équipe qui cherche des solutions pour le corriger. De cette approche découlent ensuite au fur et à mesure toutes les problématiques : ainsi, une dispute entre une IDE et un agent de sécurité était consécutive à des intrusions qui (selon l'IDE) n'étaient pas traitées par les agents de sécurité. Cette situation a amené à traiter des sujets de maintenance puisqu'il s'est révélé qu'une porte d'accès était cassée, mais aussi à aborder la conduite à tenir envers les accompagnants puisque les agents de sécurité ont expliqué faire face à des consignes contradictoire sur les visites, en fonction des équipes et des médecins. Au vu de la régularité de ces rendez-vous, du fait que les sujets traités étaient tous de l'ordre du concret, de la vie du service, que des réponses ou au moins des propositions étaient faites de manière systématique et que chacun pouvait aborder la situation de son choix, ces réunions ont été vite prisées par les équipes. L'étape suivante est leur pérennisation et leur transformation en réunion de service, donc l'autonomie de la démarche.

- **Les groupes de travail spécifiques** : ils sont de deux sortes. Les premiers sont les groupes institutionnels, c'est-à-dire constitués à partir de schémas et de méthodes existants parfois déjà utilisés ou connus dans le service. Les seconds groupes de travail spécifiques sont ceux dont l'idée et la mise en place ont émergé lors des réunions « insécurité aux urgences » décrites ci-dessous.

Les groupes institutionnels sont essentiellement les retours d'expérience (RETEX) avec un enjeu de systématisation. En effet, un premier constat fait après avoir interrogé l'équipe était qu'il n'y avait que trop rarement des retours sur les décisions prises ou les actions mises en place après des événements traumatisant comme les agressions physiques. Et, de fait, ces retours n'avaient pas lieu faute de véritable réflexion et analyse des dysfonctionnements (que ce soit par manque de volonté, de pilote ou d'information). Ainsi, certains RETEX se tenaient tout de même mais les résultats et la démarche d'ensemble n'étaient pas connus des équipes, ou les actions décidées ne faisaient pas l'objet d'un suivi assez strict ce qui conduisait le plus souvent à un désintérêt des équipes pour la procédure. Menée en parallèle d'un changement d'organisation au sein de la direction qualité et gestion des risques, la systématisation des RETEX aux urgences permet de remettre du sens à cette démarche. En rappelant que la mise en place d'un RETEX découle de la volonté d'analyser et de comprendre le processus qui a mené à la survenue d'un événement indésirable afin de mettre en œuvre des actions correctives, il faut se tenir strictement à la procédure et prouver ainsi l'utilité de ces réunions. A charge pour le directeur adjoint de collecter les informations et témoignages nécessaire, de s'assurer de la participation effective de tous les intervenants et surtout, de l'application dans les délais prévus des

mesures correctrices décidées au sein du RETEX. L'autre apport de ces rendez-vous est d'habituer les équipes à réfléchir aux dysfonctionnements non pas sous l'angle individuel de l'erreur mais sous l'angle collectif de l'organisation et de la mise en perspective d'une situation dans un contexte donné.

Le premier RETEX organisé en parallèle des réunions « insécurité aux urgences » citées plus haut a été planifié après qu'une AS et un médecin du service aient reçu des coups lors d'un différend avec un accompagnant. Le RETEX a montré à tous, en reprenant les différentes étapes de l'évènement, comment une situation d'apparence banale peut dégénérer et amener de la violence. Ces analyses contribuent enfin à éloigner progressivement un discours résigné sur l'insécurité en permettant à toute l'équipe de visualiser et comprendre les mécanismes qui interviennent dans ces moments. La rhétorique consistant à accuser une « *société violente* » et empêchant toute approche constructive du problème est peu à peu mise à mal.

Les groupes de travail spécifiques dont l'idée et la mise en place ont émergé lors des réunions avec les équipes sont des groupes dédiés à des discussions sur une problématique en particulier et la mise en place de groupes de paroles.

La création des **groupes de paroles** a été décidée à travers les différentes discussions des réunions « insécurité aux urgences ». Le but était assez bien défini dès le départ : ouvrir une espace de discussion qui ne soit pas directement un espace de travail en soi mais bien un moment de partage et d'expression, permettant de relâcher la pression, de prendre du recul, d'écouter et de s'écouter pour éviter l'isolement et le repli sur soi. Ainsi, non seulement ces espaces de discussion ne font pas doublon avec les autres réunions mais en plus ils offrent un nouveau moment de cohésion d'équipe. Animés par la psychologue du travail, les groupes de paroles ne sont pas ouverts aux membres de l'équipe de direction ou l'encadrement du service, afin d'éviter un biais dans l'expression libre des participants. Pour tous les autres, la participation est sans condition, sur la base du volontariat. D'abord déployé pour l'équipe de jour, un groupe de parole est rapidement réclamé par l'équipe de nuit. La systématisation se met en place à raison de deux séances par mois (pour l'équipe de jour dans un premier temps), une fois les créneaux horaires sanctuarisés. Les thématiques abordées sont relativement flexibles et servent juste de point de départ à la discussion. Là encore, le but est de redonner à l'aide de la communication, le dialogue et l'écoute, un positionnement et une prise de recul nécessaire face au contexte d'insécurité³¹.

³¹ La création de ces groupes de paroles est consécutive à la présentation faite au CHIC de travaux se rapportant à la médecine narrative qui consiste à raconter son expérience au sein de l'établissement et écouter celle des autres.

Enfin, **les groupes dédiés** à un sujet en particulier ont été créés dans un dernier temps, une fois les travaux des autres groupes déjà inscrits dans un cycle routinier. Ce sont en réalité des sous-groupes, dont les missions découlent directement des conclusions des autres groupes. Ainsi, le premier groupe de ce type a été constitué pour réfléchir à la thématique des accompagnants : quelle politique mettre en place pour leur accueil, comment définir des règles qui soient applicables à tous les services d'urgences du CHIC, quelles exceptions poser etc... Ces groupes doivent présenter l'avancée de leurs travaux et rendre des conclusions lors des réunions mensuelles sur l'insécurité, au sein desquelles sont décidées les modalités d'application pratique : mise à jour ou création de procédure, demande de formation spécifique, besoin en matériel etc... f

3.1.2 L'équilibrage nécessaire entre les moyens de prévention, les procédures et les moyens de sécurité

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.

A) Pertinence de l'approche sécuritaire

Cet aspect comporte tous les moyens matériels et humains utilisés pour diminuer les risques d'atteinte aux personnes et aux biens. L'approche sécuritaire s'entend également comme un moyen de dissuasion et si la démarche est bien menée, un moyen de rassurer le personnel et donc de diminuer les tensions.

- Dispositifs d'alarmes et caméras : la salle d'attente et tous les accès aux secteurs de soins mais aussi les couloirs et les postes de soins sont surveillés à l'aide de caméras, reliées au PC de sécurité central. Un affichage en ce sens rappelle la réglementation et fait office de dissuasion. Les images peuvent être exploitées par la police en cas d'accident et par le responsable de la sécurité en cas de vols ou dégradations. Des systèmes d'alarmes avec interphone relié au PC sécurité étaient déjà installés dans le service. Ils se sont révélés peu adaptés en cas d'agression car ils n'étaient souvent pas à portée de main et ne pouvaient être actionnés discrètement. Il a donc été décidé de commander des boutons d'alarmes pouvant tenir dans une poche, avec une autonomie suffisante pour éviter les pannes de batterie. Une pression sur ce bouton entraîne le déclenchement d'une alarme au PC sécurité. Le personnel est davantage rassuré par ce dispositif et il peut être actionné discrètement ce qui évite d'accentuer la tension dans certaines situations.

- Présence d'agents de sécurité : de manière générale, 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. Cependant, l'effectif des agents de sécurité du CHIC ne permet pas d'affecter plusieurs agents en poste fixe aux urgences. Les équipes ont toutes été consultées et il ressort que la demande portait avant tout sur un agent de sécurité effectuant des rondes régulières dans le service, plutôt qu'un agent en poste fixe à l'entrée des urgences. L'effectif de l'équipe de sécurité a été réorganisé de façon à répondre à cette demande de jour comme de nuit.
- Gestion des accès et maintenance: tous les accès aux zones de soins sont sécurisés par des dispositifs à lecteur de badge. Les sorties de secours et les accès réservés aux gardés à vue font l'objet d'une visite de maintenance régulière afin de vérifier que la fermeture fonctionne correctement. Des visites régulières effectuées par des agents des services et des essais des dispositifs d'alarmes sont programmées mensuellement.

B) Mesures de prévention et d'accompagnement

- Soutien des victimes d'agression : l'écoute de l'agent, de l'équipe impactée, le débriefing et l'analyse de l'événement sont des étapes précoces assurées par direction des soins et l'équipe d'encadrement paramédical sur le terrain. Un cadre de santé accompagne l'agent s'il le demande lors des procédures locales (médecine du travail, psychologue). Le responsable du service de sécurité anti-malveillance organise et coordonne les démarches 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.
- Sensibilisation 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, parfois dès son arrivée dans le service ou en salle d'attente, 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.

- Sensibilisation et information du public : le manque d'information ou l'utilisation de supports de diffusion non appropriés est souvent la cause d'incompréhension et de conflits. La réflexion autour de nouveau support a été menée par différents groupes de travail et de nouvelles solutions ont été proposées par les équipes des urgences du CHI de Créteil. L'utilisation de messages courts, en plusieurs langues, accompagnés de pictogrammes pour faciliter la compréhension. Des écrans utilisés auparavant pour diffuser des chaînes de télévision seront réquisitionnés et placés à des endroits stratégiques (salle d'attente, entrée) afin de rappeler les messages décrivant la prise en charge et mentionnant les règles à respecter.
- 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. A la suite des observations et entretiens sur le terrain, il s'est avéré que dans plusieurs situation, les agents n'avaient pas « passé la main », ne s'étaient pas appuyé sur leurs collègue pour essayer de faire baisser la tension ou éviter d'être pris pour cible personnellement. Le cadre de santé des urgences est positionné comme 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 systématique, adaptée, ferme et proportionnée : 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. Des plaintes doivent être déposées de manière systématique en cas de dégradation des locaux, de menaces ou d'agression physique à l'encontre d'un personnel du service, ce qui est encouragé et rappelé à chaque rendez-vous et réunions avec l'équipe. L'objectif est de ne jamais permettre, ni chez l'agresseur, ni chez l'agent du service victime d'une agression, ni chez l'ensemble du personnel témoin de cette situation, le développement d'un sentiment de laxisme, 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 organise et anime un groupe qui analyse les circonstances de survenue de l'événement indésirable, évalue et ajuste les procédures actuelles.

3.2 Bénéfices/risques d'une implication en tant que directeur dans une logique de management réactif

3.2.1 S'exposer pour restaurer la confiance et maintenir le dialogue vers et entre les équipes

En tant que manager, il est un constat amer qui est celui du sentiment d'impuissance face aux événements parfois imprévisibles et de celui d'abandon des équipes qui se vivent comme seules faces aux risques. Lorsqu'un travail est mené, que des actions sont programmées et des étapes de projets mises en place, le service n'est néanmoins pas à l'abri d'un nouvel incident qui vient mettre à mal l'ensemble du processus. Ce genre de situation s'est produit plusieurs fois au CHI de Créteil pendant la période de travail décrite ici et cela a nécessité une exposition systématique du manager afin de ne pas perdre la confiance des équipes.

Cette exposition présente plusieurs risques :

- L'impossibilité de promettre des moyens humains ou matériels : la contrainte financière s'imposant de manière contextuelle au CHI de Créteil comme à de nombreux établissements, il était inenvisageable ici de répondre à ces agressions par des promesses telles qu'un renforcement des effectifs de l'équipe de sécurité, l'installation de nouvelles caméras ou dispositifs de contrôle d'accès. De plus, ces types de mesures prises sans concertation et analyse, dans la précipitation et avec pour seul objectif un apaisement ponctuel des tensions entre le service et la direction de l'établissement peuvent avoir des effets contre-productifs. En effet, s'agissant généralement de mesures ponctuelles, quand arrive le moment où elles prennent fin cela peut générer d'autres conflits internes comme un mouvement social visant à demander leur pérennisation par exemple.
- Une trop grande implication affective : c'est un risque réel qui ne doit pas être sous-estimé par les directeurs. En effet, les problématiques de sécurité doivent être gérées avec méthodologie et analyse, mais nécessitent aussi une intervention rapide sur le terrain. Or ces interventions surviennent le plus souvent dans un contexte de forte tension, juste après un acte de violence, un incident ou une agression. La maîtrise de soi et le sang-froid sont indispensables pour s'adresser aux équipes de manière responsable, soutenir les agents tout en conservant une attitude professionnelle, voire s'apprêter à subir reproches et critiques comme cela peut parfois être le cas envers des membres de l'équipe de direction, jugés responsables de la situation.

Cependant, s'exposer sur le terrain reste un positionnement indispensable à adopter et ce pour plusieurs raisons :

- Afficher un soutien incondicional : la présence du directeur auprès des équipes lors de moments difficile vient rappeler l'unité et le soutien de l'établissement envers les agents par le biais de celui qui les représentent. C'est un geste qui doit être systématique car la présence du directeur est non seulement attendue par les professionnels mais elle souligne aussi que l'agression contre un seul agent est une agression contre l'ensemble de l'établissement.
- Prendre immédiatement la mesure de la situation : se rendre dans le service après un incident est le meilleur moyen de faire une évaluation rapide des faits, de constater les dégâts sur les locaux ou la gravité des blessures s'il s'agit d'une agression physique. Cette évaluation partielle ne remplace en aucun cas une analyse poussée qui interviendra dans un second temps. Cela permet cependant de coordonner certaines interventions rapides comme l'accompagnement par les agents de sécurité des victimes pour faire constater leurs blessures ou porter plainte si besoin ou encore prendre le relai de l'encadrement de proximité qui est parfois lui-même touché directement par les violences.
- Instaurer un dialogue : la présence d'un directeur, représentant de l'administration, suffit parfois à résoudre rapidement certaines situations de tensions. De la même manière que, pour la nuit ou le weekend il peut être fait appel à l'administrateur de garde, le fait qu'un directeur se déplace suite à un incident ou parce qu'une situation particulière est en cours apporte une expertise supplémentaire en terme de dialogue et de gestion de conflit. Si la situation met en cause un patient ou un visiteur, la présence d'un membre de la direction permet parfois d'apporter les éclairages réglementaires nécessaires en y ajoutant l'autorité hiérarchique (le « *je veux parler à un responsable* » entendu dans nombres de dialogues difficiles). Lorsque la situation met en cause deux membres du personnel, l'argument d'autorité hiérarchique pourra également être mis en avant, de même que la capacité du manager à apaiser la situation, proposer des alternatives et de fait, détourner les tensions.
- Des paroles aux actes : enfin, le directeur peut prendre l'initiative immédiate de présenter des actions qui vont être mises en place. Plus que l'encadrement supérieur ou de proximité, il peut prendre des engagements fermes auprès du personnel ou des visiteurs impliqués dans une situation conflictuelle, ce qui peut avoir pour effet de rassurer ou d'apaiser car il engage sa responsabilité de

dirigeant. Il faut cependant veiller à ce que les actes suivent les paroles à plus ou moins court terme.

3.2.2 Assurer le suivi des plans d'actions et des liaisons opérationnelles et transversales

La lutte contre l'insécurité au CHI de Créteil s'est donc caractérisée par des mesures concrètes à différentes échéances. La conduite de ces projets nécessite un suivi régulier du directeur référent avec une attention particulière sur des points importants :

- réécriture et appropriation des procédures :

Dans un premier temps, le directeur référent doit suivre attentivement les avancements des groupes dédiés à ces travaux. Il s'agit dans un premier temps de seconder l'encadrement supérieur et de proximité dans le ciblage des procédures à travailler, ceci en fonction des événements et des situations analysées.

Dans un second temps, il s'agit de fixer des délais pertinents, qui permettent une phase réflexive suffisante au sein du groupe sans pour autant amener un désintérêt ou un détachement si cette phase s'avère trop longue. Ces délais doivent par ailleurs être fixés de manière coordonnée avec les autres travaux, afin de s'assurer de la cohérence de l'ensemble. Enfin, ces délais ne doivent pas être trop longs afin de garantir l'efficacité des actions menées, qui répondent à un contexte. Dans un troisième temps, le directeur s'assurera de la validation de ces travaux, de leur conformité avec les différentes réglementations. Dans un dernier temps, il s'agira de veiller à la mise en place de ces nouvelles procédures, leur intégration parmi les procédures existantes (remplacement ou complément d'une procédure existante) et la bonne diffusion au sein des équipes et des personnels de l'établissement.

- Pérennisation des groupes de travail :

Pour que l'ensemble des travaux soient efficaces, le directeur doit s'assurer d'inscrire dans la continuité les différents groupes créés. Aux urgences du CHI de Créteil, cet ensemble a abouti à la constitution d'un Comité de Retour d'Expérience (CREX), animé par le chef de service et l'encadrement paramédical et qui a pour objectif de se réunir de manière régulière. Le rôle de ce CREX est de traiter toutes sortes de situations et non pas seulement les plus graves. Il ne doit pas se substituer aux RETEX qui restent utilisés pour les incidents les plus importants, les réflexions de ces derniers pouvant être développées et présentées dans les comités. Le CREX permet de pérenniser une culture de sécurité des pratiques, des usages et des soins dans les services d'urgences. Les travaux sont ensuite présentés et utilisés pour l'élaboration du compte qualité dans la démarche de certification.

- Garantir les liaisons opérationnelles : la réussite de l'investissement d'un directeur dans le processus de sécurisation des services d'urgence passe par sa capacité à assurer la qualité des liaisons opérationnelles. En effet, il convient de s'assurer des coopérations de tous les acteurs des différentes directions fonctionnelles et secteurs identifiés ayant un rôle à jouer. La direction des soins est logiquement le premier de ces interlocuteurs : les interactions et les échanges doivent être réguliers et transparents car ils seront la garantie d'une transmission des objectifs et des actions menées à l'ensemble de l'encadrement paramédical. Elle apporte également son expertise sur les positionnements des professionnels et les conduites à tenir, ainsi que dans la réorganisation des circuits de prise en charge et les interactions avec les différents services de l'hôpital (fluidification de l'aval des urgences, gestion des lits...). Les services techniques et logistiques sont également un interlocuteur à privilégier. En effet, toutes les actions de maintenance qui peuvent avoir un impact sur l'environnement de travail doivent être menées de manière rigoureuse et régulière. Un tableau de suivi de ces actions et des besoins nouveaux est tenu par le cadre de proximité et une visite mensuelle est organisée en présence du directeur référent pour vérifier que les travaux sont bien menés. Le directeur référent décide par ailleurs, en lien avec l'ingénieur maintenance, de la priorisation de certains travaux de réparation plus importants (changement des éclairages, remplacement des portes...). Enfin, le directeur partage les avancées de toutes les actions au sein du CODIR afin de solliciter, le cas échéant, les autres directions fonctionnelles sur des projets communs.

Conclusion

Si les structures d'urgences font aujourd'hui face à une montée inquiétante des faits de violences, il faut garder à l'esprit qu'une approche méthodologique rigoureuse permet de mettre en lumière des marges de manœuvre et offrir des perspectives en couvrant des champs qui vont au-delà des murs du service. L'analyse statistique est un passage obligatoire. Elle a pour avantage de briser un certain nombre d'idées reçues et de confronter les impressions aux faits. L'identification et la classification des faits générateurs de violences montrent que la source des problèmes est, de manière tristement banale, généralement connue des personnels et de l'encadrement. L'organisation du service et les conditions de travail doivent ainsi faire l'objet d'une vigilance particulière mais la mise à disposition de moyens supplémentaires ne peut être l'unique solution. En effet, le seul sentiment d'insécurité est en lui-même un fait générateur de risques et de tensions et le travail sur les ressentis des personnels, des patients et des visiteurs est, de ce point de vue, indispensable.

La cohésion d'une équipe se construit autour d'un environnement de travail apaisé, avec des projets ainsi qu'une vision clairement exposée des enjeux. Ce passage obligé est source d'assurance, amenant également une sûreté dans les pratiques professionnelles et une meilleure réactivité face aux conflits. Les attitudes et réactions à adopter doivent devenir des réflexes basés sur des connaissances solides et non des postures propres à chaque individu. Ainsi, les moyens de luttés contre la violence s'articulent autour d'une réaffirmation du collectif afin de briser le sentiment de solitude face aux événements. L'application de ces principes passe par une approche de terrain qui nécessite une volonté forte des responsables de l'établissement et en premier lieu l'implication du personnel de direction.

En définitive, la gestion des violences au sein des services d'urgences reprend les mêmes principes que la prise en charge dans ces services : répondre à des événements imprévus par les organisations et les positionnements professionnels les plus rigoureux possibles.

Bibliographie

Publications

-RIOU B. (2017), *l'an 1 du diplôme spécialisé de médecine d'urgence*, annales française de la médecine d'urgence, 10.1, 4 p.

-WOLFF V. (2013), *les malentendus de l'urgence médicale*, revue des sciences sociales, n°50, 8 p.

Etudes - Rapports – Guides

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *les urgences hospitalières : qu'en sait-on ?*, 2013, 18 p.

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *fiche 27 : la médecine d'urgence*, le panorama des établissements de santé édition 2018, 4 p.

- Haute Autorité de Santé (HAS), *Certification des établissements de santé, Guide thématique des experts-visiteurs, Prise en charge des urgences et des soins non programmés*, septembre 2014, 17 p.

-Société Francophone de médecine d'urgence (SFMU), *l'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions*, mai 2005, 34 p.

-Commission des affaires sociales du Sénat, *rapport d'information sur les urgences hospitalières*, sous la direction de COHEN L., GENISSON C., SAVARY J.P., juillet 2017

-Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), *rapport 2018*, DGOS, 83 p.

Textes officiels

Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF n°0281 du 4 décembre 2015

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). JORF n°119 du 23 mai 2006 page 7531
texte n° 11

Liste des annexes

Annexe 1. Modèle du questionnaire diffusé auprès des équipes des services d'urgence du CHI de Créteil.

Annexe 2. Résultats de l'enquête

Annexe 1. Modèle du questionnaire diffusé auprès des équipes des services d'urgence du CHI de Créteil.

Questionnaire sur la sécurité aux Urgences

Ce questionnaire est anonyme et ne fera l'objet d'aucune diffusion.

1 – Votre situation aux urgences

Métier :

Date d'entrée dans le service :

Horaires :

Unité (adulte/pédiatrique) :

J'ai déjà exercé dans un autre service d'urgence : oui - non

2 – Evénements liés à la sécurité

- Avez-vous déjà été victime : - d'une agression physique : oui non
- d'une agression verbale : oui non
- **Si oui**, cet événement a eu lieu : dans le service à l'extérieur (accueil, sas..)
- **Si oui**, cet événement s'est produit : 2017 2018 autre date (précisez) :

3 – Causes et améliorations possibles

- Quelles sont selon vous les causes de ces problèmes (numérotez de 1 à 6 par ordre d'importance) ?

Les temps d'attente

La configuration des locaux

Le manque d'information

Le manque de personnel

Le comportement des patients (exigences, impatience...)

Le comportement des professionnels de santé (respect de l'intimité, prise en charge inadéquate ...)

- Quelles sont selon vous les axes d'améliorations prioritaires (numérotez de 1 à 5 par ordre d'importance) ?

Plus d'agents de sécurité

Plus de dispositifs de sécurité (alarmes, caméras..)

Plus d'information pour le public

Une meilleure organisation de la prise en charge (circuits, disponibilité des lits...)

Un changement d'organisation dans le service (horaires, équipes...)

- Selon vous, améliorer la sécurité c'est le travail :

- de la direction
- des cadres et chefs de services
- de l'équipe

4 – Votre ressenti

Décrivez votre sentiment face à la violence aux urgences (vous êtes plutôt résigné, combatif, fataliste, indifférent, en colère, vous vous sentez soutenu ou seul face aux problèmes etc...)

Annexe 2. Résultats de l'enquête

L'enquête a été menée au sein du seul service des urgences adultes.

1) 41% de l'effectif PNM (soit 12 personnes) a répondu au questionnaire, dont 66% d'agents en effectif de nuit

L'ancienneté moyenne dans le service est de deux ans (amplitude : de 11 ans à 3 mois d'ancienneté)

2) Avez-vous déjà été victime d'agression :

Physique	33%
Verbale	100%

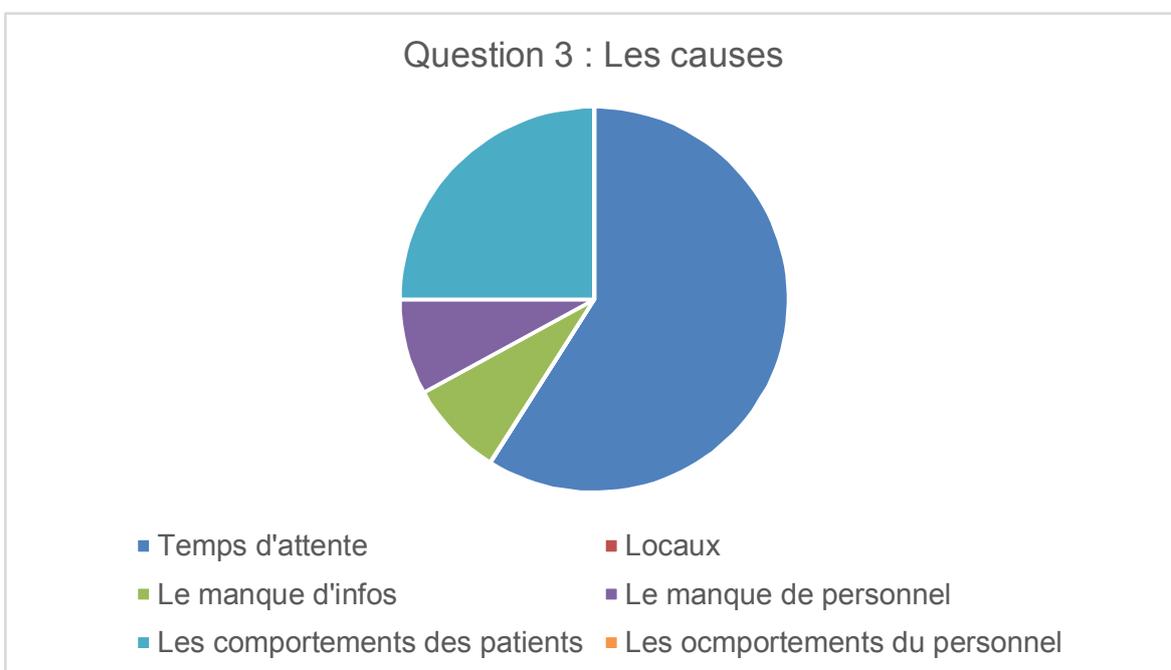
Si oui:

En 2017	100%
En 2018	100%

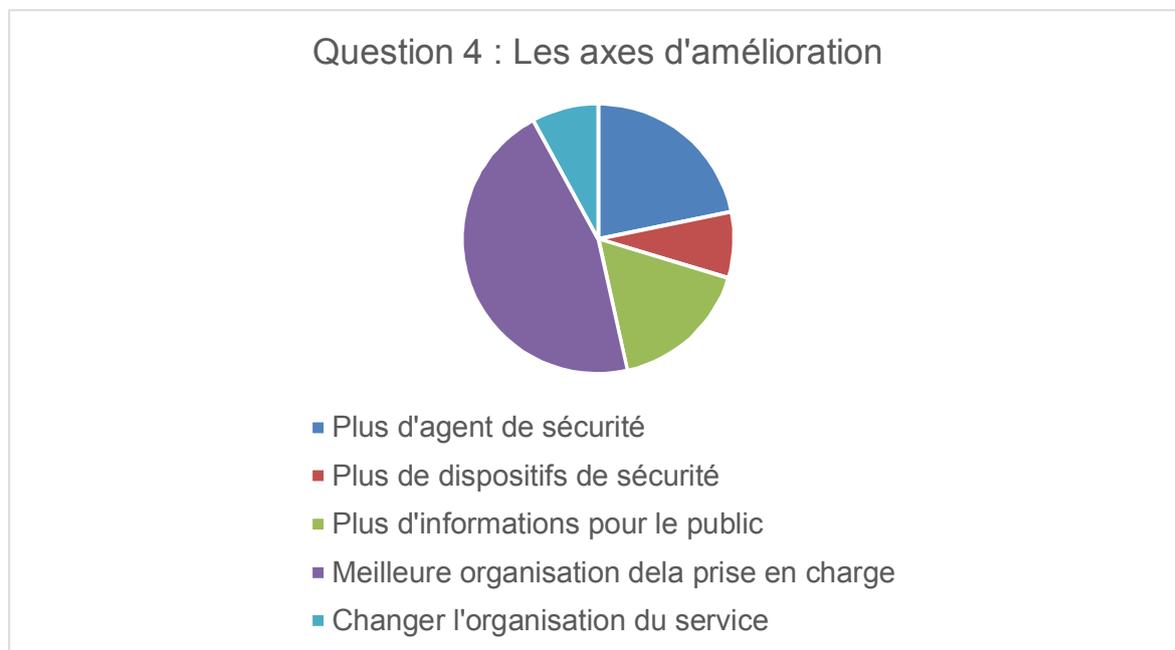
dont :

Dans le service	0%
A l'extérieur	100%

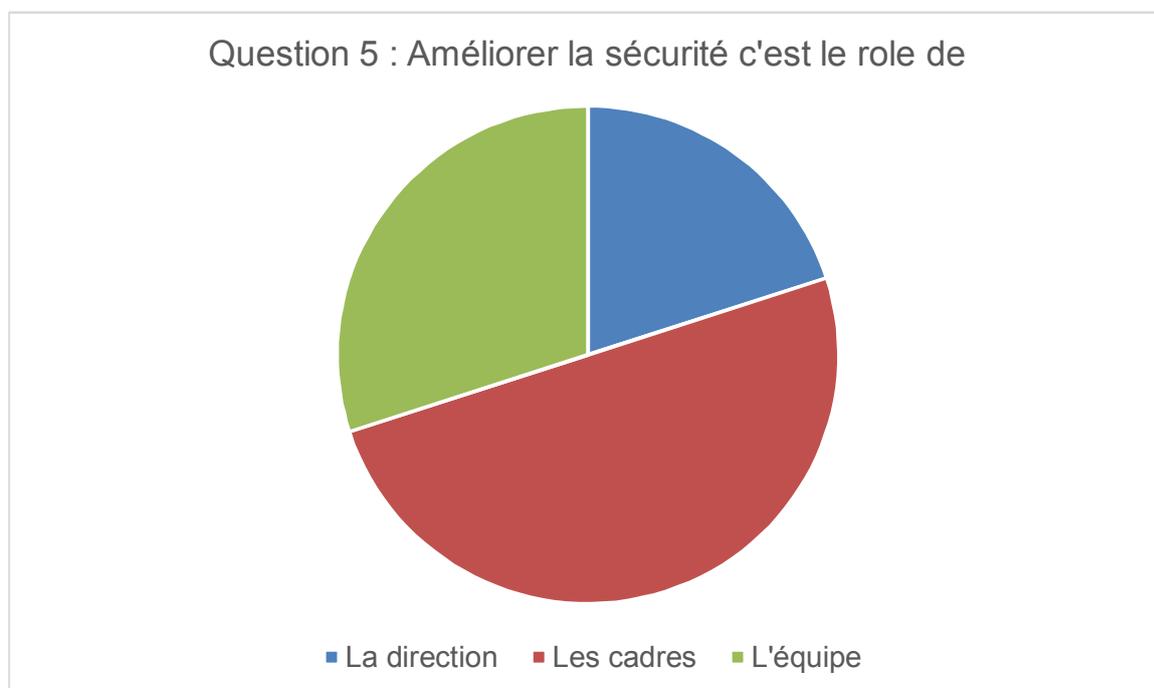
3)



4)



5)



6) vos impressions

seul
résigné
peur
indifférent
colère
incompréhension

FILIERE DH**Promotion Camille Claudel, 2017-2018****Construire une approche méthodologique d'analyse et de lutte contre les faits générateurs de violence au sein des structures d'urgences : l'exemple du Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

La violence en milieu hospitalier est en progression constante et régulière depuis plusieurs années. Les urgences, porte d'entrée des établissements sont généralement le service le plus impacté. La hausse de la fréquentation, les délais d'attente mais aussi certains comportements de patients ou de personnels sont quelques exemples à l'origine de situations pouvant vite se transformer en confrontations verbales ou physiques. Une première analyse des situations permet de faire plusieurs constats : les personnels sont souvent mal préparés à ces événements ou peu formés à y réagir, augmentant à la fois les risques qu'une situation dégénère mais aussi les conséquences de ces accidents (physiques et surtout psychologiques). Il y a une forme de résignation et des explications simplistes et réductrices à tous les niveaux (« c'est la société » « c'est comme ça, on ne peut rien y faire » « les gens sont de plus en plus violents »). La résignation entraîne à la fois une démotivation des équipes mais aussi un taux de signalement moindre aux directeurs qui ne peuvent parfois pas prendre la mesure des phénomènes et ne réagissent donc qu'en cas d'accident grave et à posteriori. Les explications simplistes elles, amènent des réponses simplistes et à court terme comme l'embauche sur une courte période et après un accident d'un agent de sécurité supplémentaire. Ce travail s'attache à décrire les causes et les conséquences des faits de violences, en débutant par une phase d'observation et d'enquête puis en présentant le plan d'action mis en place au CHI de Créteil. Le but étant de démontrer que la création d'une dynamique visant à proposer tout un ensemble de mesure et de solutions spécifiques au service, globales dans l'approche du problème et facilement appropriables par l'équipe permet d'obtenir des résultats rapides. Ces premiers résultats sont essentiels pour mettre en place une démarche pérenne de lutte contre les violences au sein du service. Les axes de réflexion s'articulent autour des organisations internes, de l'analyse des conditions de travail et des positionnements professionnels, du ressenti et de la cohésion d'une équipe ainsi que sur l'implication de l'encadrement et des personnels de direction.

Mots clés :

Urgences, violence, organisation hospitalière, management opérationnel