

NOM DOCUMENT **BPF_ VIOLENCE_ INFORMATION AUX PATIENTS**

TYPE **Bonne Pratique Fondamentale** **Procédure**

Rédacteur : Estelle JEGOT
Frédéric ROLLIN
Fonction : Chargée de mission RTU
Directeur d'hôpital

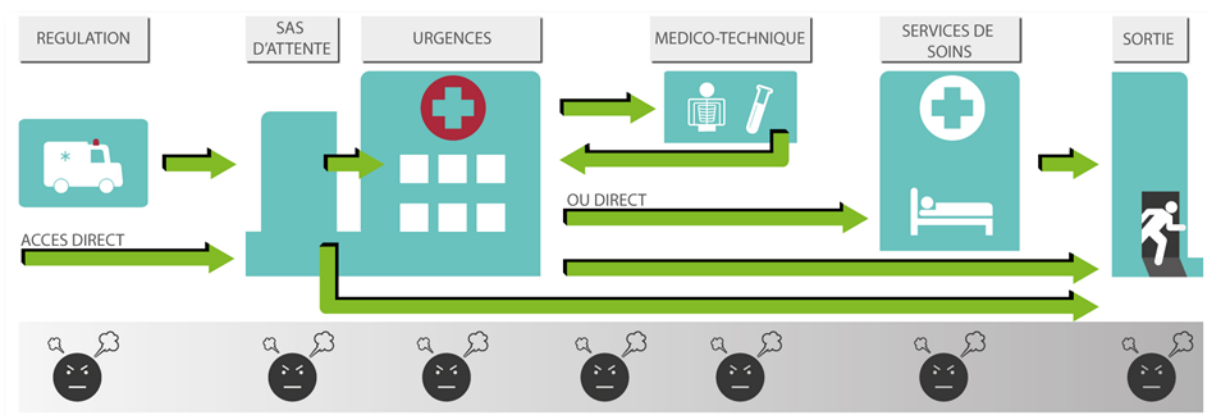
Organisation ou établissement : Groupe régional «Violence à l'Hôpital »

Statut : Validé **Proposé / non validé**

Date : 19/03/2015 **Version :** V1.0

Résumé : Le document présente les principes fondamentaux à mettre en œuvre de manière à prévenir les comportements violents de la part de patients tout au long de leur parcours à l'hôpital.
L'idée générale retenue est qu'un patient informé sur les délais d'attente et l'avancement de sa prise en charge d'une part, et averti des conséquences d'attitudes et comportements de son fait d'autre part, aura moins tendance à céder à des accès de violence venant perturber le bon fonctionnement du service hospitalier.

Mots clés Violence, acte de violence, violence à l'hôpital, victime, police, justice, événement indésirable, plainte, agression, comportements violents



SOMMAIRE

1	OBJECTIF	3
2	PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES.....	3
3	RÉGLEMENTATION	4
3.1	EXTRAIT DU CODE PÉNAL.....	4
3.2	RÉFÉRENCE DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE	4
3.3	LOI DU 4 MARS 2002	4
3.4	EXTRAIT DE L'ARRÊTÉ DU 15 AVRIL 2008 RELATIF AU CONTENU DU LIVRET D'ACCUEIL DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	4
4	DESCRIPTION	5
4.1	DÉPLOYER DES OUTILS DE COMMUNICATION ADAPTÉS	5
4.2	ASSURER UNE INFORMATION INDIVIDUALISÉE ET RÉACTUALISÉE AUX PATIENTS ET AUX ACCOMPAGNANTS TOUT AU LONG DE LA PRISE EN CHARGE.....	5
4.3	METTRE EN PLACE DES MÉDIATEURS INSTITUTIONNELS AU NIVEAU DES ACCUEILS DES SERVICES D'URGENCE	6
4.4	DIFFÉRENCIER LES FLUX ET LES GÉRER EN MARCHÉ EN AVANT.....	7
4.5	RAPPEL DES RÈGLES DE SAVOIR VIVRE ET DE LA RÉGLEMENTATION	7
5	GLOSSAIRE	8
6	ANNEXE 1 : ÉLÉMENTS DE DISCUSSION ISSUS DE L'ATELIER	9
7	ANNEXE 2 : EXEMPLE D'AFFICHAGE SUR LE RISQUE PÉNAL (AP-HP)	10
8	ANNEXE 3 : EXTRAIT DES 30 MESURES DE L'AP-HM.....	11
9	ANNEXE 4 : LE GROUPE RÉGIONAL VIOLENCE A L'HÔPITAL	13

1 OBJECTIF

Ce document décrit les bonnes pratiques fondamentales (BPF) à mettre en œuvre tout au long du parcours patient de manière à prévenir le risque de violence venant perturber le bon fonctionnement du service hospitalier.

Le périmètre de la violence pris en compte dans ces BPF intègre :

- la violence constatée dans les services d'urgence MCO et dans tous les autres services de l'hôpital (pré-hospitalier et régulation compris) ;
- la violence faite aux personnes et aux biens ;
- la violence de la part des patients ou de leurs accompagnants envers les professionnels et les autres patients ;
- les patients relevant de soins psychiatriques accueillis dans les services d'urgence générale ;
- les patients agités pris en charge dans les services d'hospitalisation MCO ;
- la façon de communiquer de la part des soignants.

En revanche, ces BPF ne ciblent pas :

- les services de psychiatrie adulte
- les services de psychiatrie infanto-juvénile
- la maltraitance des professionnels envers les patients et les résidents

Ces BPF se situent dans le cadre d'une démarche préventive.

Ces BPF sont destinées aux structures de soins pour qu'elles les intègrent à leurs organisations à leur politique de prévention des risques et de qualité de la prise en charge des patients.

2 PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES

1. ÉQUIPES PRÉ-HOSPITALIÈRES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
2. SERVICES D'URGENCE
3. SERVICES DE COMMUNICATION
4. TOUS SECTEURS D'ACCUEIL DES PATIENTS : CONSULTATIONS, BUREAUX DES ENTRÉES, SERVICES D'HOSPITALISATION
5. ÉQUIPES HOSPITALIÈRES MÉDICALES, PARAMÉDICALES, ADMINISTRATIVES ET ÉVENTUELLEMENT TECHNIQUES ET LOGISTIQUES
6. ÉQUIPES DE SÉCURITÉ ET DE SÛRETÉ

3 RÉGLEMENTATION

3.1 Extrait du code pénal

Art. 433-3 (L. n° 2003-239 du 18 mars 2003, art. 59)

« Est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre [...] d'un professionnel de santé. »

3.2 Référence du Code de la Santé Publique

L'Article L6143- 7 (modifié par la loi de janvier 1994) définit la compétence du directeur d'établissement vis-à-vis de l'ordre et de la discipline de l'établissement.

3.3 Loi du 4 mars 2002

Cette loi établit la charte du patient hospitalisé, et est complétée par la circulaire DHOS/E1/DGS/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées.

3.4 Extrait de l'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé

Article 1

« En application de l'article L. 1112-2 du code de la santé publique, dans chaque établissement de santé, un livret d'accueil est remis à toute personne hospitalisée prise en charge par l'établissement ou, le cas échéant, au proche de la personne hospitalisée. Le livret a pour objet de présenter l'établissement de santé et de fournir des informations utiles à l'ensemble des personnes hospitalisées sur leurs conditions de prise en charge.

Des informations écrites, spécifiques, liées à la nature des activités de l'établissement, aux différents modes de prise en charge ou à la typologie des patients sont données en complément, en tant que de besoin.

Le livret fait l'objet d'une mise à jour régulière. »

4 DESCRIPTION

4.1 Déployer des outils de communication adaptés

QUI : SERVICES COMMUNICATION, SERVICES INFORMATIQUES, SERVICES D'ACCUEIL (Bureau des entrées, accueil des services d'urgences, accueils de secteurs de consultations...)

PRINCIPES :

Le principe qui sous-tend cette BPF est qu'un patient informé sur ses délais d'attente, et éventuellement sur les raisons de cette attente, sera plus à même de l'appréhender et de l'accepter. Il aura moins tendance à céder à des accès de violences.

Il est notamment préconisé de : systèmes de tickets d'appel

- **Déployer des outils de communication permettant aux patients d'évaluer le temps d'attente** aux urgences ou aux consultations : systèmes de tickets d'appel, écran de reports d'informations issues du Terminal Urgence, à adapter aux desideratas de chaque établissement et aux contraintes de confidentialité. Cet outil permet notamment un affichage synthétique pour les salles d'attente avec des informations du type : nombre de patients en attente, nombre de patients graves en attente, attente estimée, nombre de patients en soins...
- **Développer la signalétique non textuelle**. Il s'agit de faciliter la compréhension par le public, patients et accompagnants, d'informations simples permettant de gérer au mieux le séjour hospitalier. Les informations à diffuser concernent notamment les accès, les horaires, la présence de caméras, le nombre d'accompagnants autorisés...
Une formulation non textuelle est préconisée, avec comme objectif une assimilation rapide et efficace par le public cible, quel que soit son origine socio-culturelle et sa disponibilité à recevoir des informations (stress, désorientation, multitude d'informations à assimiler à l'occasion de la venue dans l'établissement de santé...).

4.2 Assurer une information individualisée et réactualisée aux patients et aux accompagnants tout au long de la prise en charge

QUI : ÉQUIPES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES DES SERVICES D'URGENCE ET DES SERVICES SUPPORTS A LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES, SERVICES D'HOSPITALISATION, SERVICES DE CONSULTATIONS

PRINCIPES :

Cette BPF reprend un principe de bon sens qui participe plus globalement à la qualité de la prise en charge. Elle rappelle l'importance d'assurer une information continue,

individualisée, adaptée et régulièrement réactualisée aux patients, et éventuellement à leurs accompagnants, sur les étapes de leur prise en charge. La possibilité d'un recours à un interprète doit être organisée. Les informations doivent être communiquées dans le respect des règles de confidentialité et du secret médical.

Cette BPF se rapproche des impératifs liés au consentement aux soins, à l'information du patients sur les réflexions Bénéfice / Risque, à la prise en compte du patient comme un acteur du soin.

L'idée générale retenue est qu'un patient informé du déroulement et de l'avancement de sa prise en charge est un patient qui sera en mesure de mieux en accepter les contraintes et les aléas. Cette acceptation participe à la prévention des accès de violence.

4.3 Mettre en place des médiateurs institutionnels au niveau des accueils des services d'urgence

QUI : DIRECTION, ACCUEIL ET ATTENTES DES SERVICES D'URGENCE

PRINCIPES :

Déployer des médiateurs institutionnels, dans les services d'urgence, en interface entre les zones d'accueil et d'attente d'une part, et les zones de soin d'autre part. L'objectif est de prévenir les accès de violence d'accompagnants de patients venant aux urgences, en manque de visibilité sur les délais d'attente et les étapes de la prise en charge.

- Ces professionnels ont pour **mission** d'assurer **un lien avec les proches** des patients pris en charge dans les zones de soin des urgences. Le cas échéant, ils ont une **mission de régulation** permettant aux accompagnants de mieux gérer et accepter les temps d'attente tout en étant capables d'expliquer de manière pédagogique les étapes et les contraintes de la prise en charge. Leur mission est de rassurer et d'expliquer.
- Lorsque les services d'urgence subissent des phénomènes de saturation, ils doivent pouvoir expliquer aux patients les raisons de leur maintien en zone d'attente primaire, les contraintes de priorisation inhérents aux structures d'urgence, et les délais d'attente.
- Ces professionnels doivent être choisis avec soin car ils doivent veiller à ne pas se substituer aux professionnels soignants, médicaux et paramédicaux, qui assurent directement la prise en charge des patients, tout en donnant une information de qualité aux accompagnants. Il est préconisé que le médiateur soit un professionnel de santé ou un médiateur social.
- **Les qualités requises** sont notamment : la diplomatie, la maîtrise d'un niveau minimum de culture soignante (maîtrise de la terminologie, des étapes de prise en charge...), la capacité à appréhender la diversité du public et à adapter son propos en conséquence, la capacité à trouver sa place au sein de l'équipe soignante, la **fermeté** le cas échéant.

4.4 Différencier les flux et les gérer en marche en avant

QUI : ÉQUIPES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES DES SERVICES D'URGENCE, DIRECTIONS DES TRAVAUX

PRINCIPES :

Les flux patients doivent être différenciés lorsque c'est médicalement justifié et architecturalement possible, et les parcours patients doivent être gérés en marche en avant continue.

- **Les flux patients doivent être différenciés**, de manière à favoriser l'émergence de circuits courts permettant d'une part de limiter les temps d'attente des patients pouvant être traités dans des délais brefs, et d'autre part d'orienter les patients nécessitant des soins plus lourds dans un circuit dédié. Cette différenciation doit aussi permettre d'éviter l'incompréhension inhérente à des prises en charges qui ne sont pas faites suivant l'ordre chronologique d'arrivée.
- **Les parcours patients doivent être gérés dans le cadre d'une marche en avant continue.** L'objectif est d'éviter de générer chez les patients un sentiment de retour en arrière et donc de non prise en compte de sa problématique. Cette BPF peut se concrétiser par la mise à disposition d'attentes secondaires et par des explications sur le déroulé de la prise en charge.

4.5 Rappel des règles de savoir vivre et de la réglementation

QUI : ÉQUIPES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES, AGENTS D'ACCUEIL, PERSONNELS ADMINISTRATIFS, SERVICES SÉCURITÉ, TOUT PERSONNEL HOSPITALIER

PRINCIPES :

Rappeler aux patients les règles de comportement en société et les risques qu'il encoure en cas d'accès de violence.

- Les règles de politesse et de civilité minimum doivent pouvoir être rappelées aux patients, aux accompagnants et plus généralement au public dès qu'il y a un dérapage constaté. Ces rappels sont faits avec diplomatie mais fermeté. Les personnels doivent être soutenus par leur hiérarchie et par l'administration. Un rappel général à ces règles de savoir vivre peut être systématisé par divers supports.
- Divers moyens de communication peuvent être utilisés : affichage (y compris non textuel), par l'intermédiaire de la diffusion du livret d'accueil, par message télévisuel, par rappel oral le cas échéant...
- Le risque pénal qu'encourent les personnes se rendant coupables d'acte de violence sur un personnel hospitalier doit pouvoir être rappelés, notamment par voie d'affichage (Cf. art 433-3 du Code pénal).

5 GLOSSAIRE

- AP-HM : assistance publique des hôpitaux de Marseille
- AP-HP : assistance publique des hôpitaux de Paris
- ARS : agence régionale de santé
- BPF : bonne pratique fondamentale
- ES : établissement de santé
- MCO : médecine chirurgie obstétrique
- ORU : observatoire régional des urgences
- PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
- RTU : réseaux territoriaux des urgences

6 ANNEXE 1 : Éléments de discussion issus de l'atelier

A quels moments, dans le parcours du patient, y-a-t-il des défauts de communication ?	Quels sont les éléments de communication pour y remédier ?
L'arrivée des patients	Signalétique / tenues des soignants : pouvoir les identifier par un code couleur et ne pas y indiquer les noms de famille
Délai d'attente estimé trop long aux urgences	IAO, agent administratif / écran (éviter les petits caractères) / médiateur (IDE ou AS –penser aux reclassements– lien sans cesse entre salle d'attente et salles de soins – après-midi et nuit à privilégier)
Incompréhension des priorités de prise en charge aux urgences	Affiches, écrans, médiateur... Expliquer que la prise en charge n'est ni aléatoire ni chronologique mais en fonction de l'état de santé des patients
Méconnaissance des règles institutionnelles ou refus de celles-ci, incivilités	Les devoirs du patient : les expliquer oralement et rappeler les risques encourus / rappel sur le principe de laïcité
Comportement agressif voire violent dans les chambres ou dans les services	Équipes de sécurité (uniformes) / le personnel soignant a un rôle de désamorçage et doit pouvoir avoir recours aux équipes de sécurité
Le patient qui « veut jouer » au docteur : refus de soins	Démarche pédagogique de la part des professionnels hospitaliers
Un accueil effectif à l'hôpital	Livret d'accueil remis au patient avec explications orales (cf. arrêté 15/04/2008)
Après IAO : que les patients connaissent leurs parcours	Médiateur pour post-IAO / séparer les flux : avant et après IAO
Lorsque le patient est dirigé vers le PMT, l'attente du résultat peut être longue après l'examen	Le manipulateur radio, l'IDE peuvent annoncer le temps d'attente.
Le concentré de violence aux urgences se situe pour le circuit court, la « bobologie »	Différencier les circuits : le court et le long

7 ANNEXE 2 : Exemple d'affichage sur le risque pénal (AP-HP)

POUR INFORMATION

EXTRAIT DU CODE PÉNAL

Art. 433-3 (L. n° 2003-239 du 18 mars 2003, art. 59)

Est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende la menace de commettre un crime ou un délit contre les personnes ou les biens proférée à l'encontre d'un professionnel de santé.



8 ANNEXE 3 : Extrait des 30 Mesures de l'AP-HM

Mesure n° 17 :

Optimiser la vidéosurveillance avec enregistrement des données

Il existe des systèmes de vidéosurveillance installés sur différents sites de l'AP-HM. Il convient d'en réaliser l'inventaire exhaustif et d'évaluer leur état de fonctionnement.

L'audit dynamique de sécurité (voir mesure n° 13) va identifier les points névralgiques des sites et plus particulièrement les besoins nécessaires à la couverture des urgences.

Il paraît nécessaire d'améliorer et d'optimiser les systèmes en place avec capture systématique des images et utilisation en cas de violences ou actes de malveillance et éventuellement enregistrement des propos tenus.

Pour autant, la mise en œuvre de cette mesure doit être réalisée en conformité avec les lois et règlements qui encadrent précisément l'installation de systèmes de vidéosurveillance (l'acquisition des images, leur stockage et leur utilisation).

Cette mesure est prise en charge par le responsable de la sécurité en lien avec la direction des systèmes d'information pour l'intégration des systèmes retenus ainsi que la constitution des demandes d'autorisation (Commission nationale Informatique et libertés, Commission nationale de la vidéosurveillance...), les directions des sites pour la partie implantation et exploitation des données.

L'avis des CHS-CT locaux sera sollicité en application des dispositions du code du travail.

Mesure n° 18 :

Mettre en place une médiation – information.

Mettre en place des questionnaires de lits.

Dissuader les personnes de commettre un acte de malveillance et temporiser les montées en charge de l'agressivité passe en partie par la possibilité de donner des informations ou d'intervenir sous forme de médiation.

Les principales zones de tensions se situent dans les salles d'attente. Les personnels administratifs et soignants comme d'ailleurs les médecins sont rarement disponibles pour rassurer, informer ou gérer l'attente.

Il sera mis en place au niveau des urgences adultes et pédiatriques des agents de médiation chargés de faire l'interface entre le public et les soignants ainsi que de « déminer » au mieux les situations potentiellement explosives.

Leur rôle est complémentaire de celui des agents de sécurité.

Des agents de l'établissement nécessitant un poste adapté et/ou des jeunes recrutés dans le cadre des contrats d'avenir, initialement formés, pourraient tenir ce rôle.

Cette mesure est prise en charge par la DRH pour l'élaboration du profil de poste (en lien avec le responsable de la sécurité et les cadres des services concernés), les directions de sites pour la mise en œuvre et la médecine du travail pour les avis d'aptitude au poste et le suivi particulier de ces agents soumis à de fortes tensions.

L'attente dans les services d'urgences provient également de la difficulté de filière d'aval interne pour les patients devant être hospitalisés.

L'AP-HM demande à entrer dans l'expérimentation de la mission de gestionnaire de lits conduite par la DGOS en collaboration avec l'ANAP. Un dossier a été déposé en ce sens.

Cette mesure est prise en charge par la direction de la qualité avec la collaboration de la CME, de la direction des soins et les chefs de pôles concernés.

Mesure n°22 :

Mettre en oeuvre une signalétique dissuasive

La garantie d'une sécurité renforcée passe par une signalétique visible, cohérente et sans ambiguïté dans le message qu'elle porte.

L'AP-HM annoncera ce qu'elle fait (exemples : sur le fait d'être filmé, sur notre détermination à poursuivre les auteurs d'actes délictueux...).

Cette mesure est prise en charge par les directions de site et le service de la communication, en lien avec le responsable de la sécurité et les services d'urgence.

La mise en place de la signalétique se fera consécutivement à l'avancée des travaux adaptatifs.

Mesure n°23 :

Revoir l'organisation matérielle des salles d'attente

Les salles d'attente sont par définition des lieux dans lesquels la tension peut vite monter et où des passages à l'acte (verbal ou physique) sont possibles.

C'est plus encore le cas dans les salles d'attente des services d'urgence car l'anxiété s'ajoute à l'attente.

La mesure n°18 prévoit la présence d'agents de médiation en complémentarité des agents de sécurité.

La présente mesure vise à initier une réflexion sur l'organisation matérielle des salles d'attente (exemple : mobilier, circuit des patients et des accompagnants, téléviseurs, diffusion d'informations relatives à la sécurité, indication des temps d'attente...). C'est une des actions prévues dans le projet de service des urgences de l'hôpital Nord.

Cette mesure est prise en charge par les directions de site et les services d'urgence avec le soutien des directions fonctionnelles impactées ainsi que du service de la communication.

Mesure n°28 :

Mettre en place des actions de communication offensives

La mesure n°22 prévoit l'installation d'une signalétique dissuasive (en plus de la signalétique traditionnelle de déplacement). Ce n'est pas suffisant pour toucher la totalité de notre cible (patients et accompagnants). La présente mesure vise à sensibiliser les usagers via des supports de communication variés (affiches, plaquettes, stickers...) dans un objectif d'information positive.

De même, les usagers doivent être informés clairement des conséquences d'un éventuel comportement déviant.

La présente mesure est confiée au service en de la communication en lien avec les services d'urgences et la direction de la qualité.

9 ANNEXE 4 : le groupe régional VIOLENCE A L'HÔPITAL

A la demande des Sous-Groupes Urgences de Territoires et validé par l'Instance Collégiale Régionale, le groupe régional VIOLENCE A L'HÔPITAL s'est constitué en juillet 2014 pour proposer des BPF relatives à la prévention, à la gestion et au suivi des actes de violence à l'Hôpital.

Ses conclusions sont présentées le 19 mars 2015 à l'occasion du congrès COPACAMU organisé à Marseille.

NOM	FONCTION	ETABLISSEMENT	PLENIER	ATELIERS
ALLEAUME Marine	Responsable formation	Hôpital Européen		x
AUBRIOT Aurore	Cadre de santé de nuit	Hôpital St Joseph		x
BOMPARD Catherine	CSS Urgences adultes	APHM – Timone	x	
CAQUELARD François	Urgentiste	CH Digne	x	x
COULOMB Olivier	Responsable sécurité	Hôpital St Joseph	x	x
DELAUGEAS Philippe	Responsable juridique	CH du Pays d'Aix		x
DELPECH Frédéric	Directeur adjoint	CHITS		x
DUMONT Marie-Claude	Conseillère médicale DGARS	ARS PACA	x	
FREYCHET Sandrine	Responsable qualité	Clinique Parc Rambot	x	x
FUNEL Nicolas	Directeur adjoint	CHITS	x	
GAYTTE François	Responsable formation	CHU Nice		x
GOUPE Christelle	Attachée de direction	Hôpital Européen	x	x
HUE Madeline	Chargée de communication	CHU Nice		x
ITIER Isabelle	Cadre de santé réa et urgences	Clinique Parc Rambot		x
JEGOT Estelle	Chargée de mission RTU	ORU PACA	x	x
JIMENEZ-SANNE Caroline	Médecin régulateur - SMUR	CH Avignon	x	
KAPLANSKI Georges	Référent régional « violence »	ARS PACA	x	x
LAMOUREUX Richard	Directeur adjoint	CH du Pays d'Aix	x	
MAZILLE André	Médecin urgentiste	CH Martigues	x	
MEKKI Ourdine	Directeur adjoint	CH Martigues	x	
MENARD Benoît	Directeur adjoint	CH Avignon	x	
MENUET Gérard	Directeur adjoint	CH du Pays d'Aix		x
MORO Marie-Josèphe	Responsable formation	APHM		x
ORCEL Aurore	Responsable juridique	Hôpital St Joseph		x
PANTALACCI Daniel	Directeur adjoint	APHM	x	
PERIER Gérard	Cadre de santé CRRA 13	APHM		x
PONCE Christophe	Cadre de santé urgences	CH Avignon	x	
POZZA Gérard	Responsable sécurité	CH Martigues	x	
PUEL Patricia	Responsable formation	CH Martigues		x
RAJZMAN Martine	Directeur adjoint	CHU Nice	x	
ROLLIN Frédéric	Directeur adjoint	Hôpital St Joseph	x	x
SANCHEZ Delphine	IDE service urgences	Clinique Parc Rambot		x
STELLA Thierry	Cadre de santé urgences	Hôpital Européen		x
TOESCA Richard	Chef CRRA SAMU 13	APHM	x	
VIUDES Gilles	Directeur	ORU PACA	x	