

Note Méthodologique : Agressions et violence en milieu hospitalier

Synthèse structurée de la démarche et des étapes de réalisation de la mission.

Contexte & finalité de la méthodologie

- Pression des flux, intensité émotionnelle et vulnérabilité des publics → tensions, incivilités, agressions.
- Impacts majeurs sur la qualité des soins, la confiance et le risque juridique/réputationnel.
- Finalité: prévenir, détecter, gérer et apprendre pour renforcer anticipation et réaction.
- Approche transverse impliquant gouvernance, managers, représentants du personnel et supports.
- Référentiels et pilotage par les risques (ISO 45001, EN 15224), ergonomie des parcours et formation.

Point clé : Un canal d'alerte unique et tracé, des délais cibles (réponse < 3 min; analyse ≤ 72 h; actions ≤ 60–90 jours) et des revues périodiques structurent l'amélioration continue.

Objectifs de la mission

- Réduire les incivilités déclarées de 30% sous 12 mois.
- Atteindre 100% de postes sensibles formés à la désescalade niveau 1 sous 6 mois.
- Garantir un temps moyen de réponse à l'alerte < 3 minutes en heures ouvrées.
- Porter le taux de clôture d'actions correctives à ≥ 90% sous 60 jours.
- Intégrer 1 retour d'expérience structuré par mois au plan d'amélioration.

Périmètre / livrables attendus

- Gouvernance: politique/charte, objectifs, indicateurs, procédure d'alerte, référentiel de classification (niveaux 1–4), comité de pilotage mensuel.
- Diagnostic consolidé (12 mois): analyses de faits, heatmaps spatio-temporelles, comparaisons inter-services.
- Cartographie des risques: matrice probabilité–gravité, scénarios types, seuils d'alerte documentés.
- Plan de prévention et aménagements: parcours d'attente lisible, médiation, séparation des flux, éclairage, issues de repli, boutons d'alerte, vidéosurveillance encadrée.
- Formation/entraînement: modules de désescalade, jeux de rôle, recyclage annuel, intégration des nouveaux entrants ≤ 30 jours.
- Alerte–réponse: canal unique, tests réguliers, fiches réflexes, conventions d'interface (sûreté, direction médicale, forces publiques).
- Pilotage/qualité: tableaux de bord, rapport mensuel, comité de revue trimestriel, REX sous 72 h, rituel d'amélioration PDCA.

- Schéma de flux opérationnel: détection/alerte → stabilisation → signalement (≤ 24 h) → analyse/ actions (≤ 72 h) → revues périodiques.
-

Démarche méthodologique (étapes)

Étape 1 – Gouvernance et cadrage

- Formaliser politique, objectifs et indicateurs; préciser rôles (direction, cadre de santé, HSE, sécurité).
- Produire charte de respect, procédure d’alerte, référentiel de classification; installer un COPIL mensuel.
- Prévoir un sponsor de direction et des relais locaux; éviter des textes génériques non applicables.

Étape 2 – Diagnostic initial et données

- Agréger déclarations, accidents, plaintes, climat, temps d’attente, heures de pointe, cartographie des flux.
- Analyser les 12 derniers mois: tri gravité/récurrence, heatmaps, comparaisons inter-services.
- Sécuriser la collecte: canal simple/anonyme, grille commune (niveaux 1 à 4), revue croisée pour fiabiliser.

Étape 3 – Cartographie des risques et priorisation

- Construire matrice probabilité–gravité et carte des situations à risque (services, horaires, points critiques).
- Définir scénarios types, facteurs aggravants; seuils d’alerte (score $\geq 9/16$) pour prioriser.
- Intégrer la voix des patients/soignants; vigilance sur les interfaces (accueil, admissions).

Étape 4 – Dispositifs de prévention et aménagements

- Déployer mesures d’organisation, d’environnement et d’information (affichages, médiation, flux, éclairage, issues, boutons).
- Attribuer un propriétaire, un délai ≤ 90 jours et un indicateur d’efficacité à chaque action.
- Phaser les déploiements; documenter les bénéfices attendus (ex. -20% incidents niv. 2 en 6 mois).

Étape 5 – Formation, entraînement et soutien

- Cadrer référentiels de compétences et modules; ateliers pratiques (désescalade, auto-protection, post-événement).
- Plan annuel; sessions 3–7 h; recyclage annuel; intégration des nouveaux entrants ≤ 30 jours.
- Soutien après incident: débrief à chaud ≤ 24 h; suivi psychologique si nécessaire.

Étape 6 – Pilotage, alerte et amélioration continue

- Structurer le canal d’alerte, les procédures et les indicateurs (réponse, clôture, récurrences).
 - Tester l’alerte mensuellement; rapport consolidé mensuel; comité de revue trimestriel; partage inter-services.
 - Éviter l’empilement d’outils; formulaires ≤ 10 champs obligatoires; restitution aux équipes sous 7 jours.
-

Planning / durée / jalons

Jalon / activité	Délai / fréquence	Référence / remarque
Réponse à l'alerte	< 3 minutes	Canal unique tracé (T0 → T+3 min)
Débrief à chaud post-incident	≤ 24 h	Soutien aux équipes
Analyse de l'événement	≤ 72 h	Cellule pluridisciplinaire / REX
Clôture des actions correctives	≤ 60–90 jours	Pilotage PDCA (taux ≥ 90%)
Couverture formation postes sensibles (N1)	≤ 6 mois	Désescalade niveau 1
Objectif de réduction des incivilités	12 mois	-30% d'incivilités déclarées

Rôles & responsabilités

Client

- Désigner un sponsor de direction et des relais locaux; animer un COPIL mensuel.
- Mettre à disposition les données (12 mois) et le système de signalement; protéger les déclarants.
- Attribuer un propriétaire et un délai à chaque action; tester régulièrement l'alerte.
- Assurer la restitution des suites aux équipes (≤ 7 jours) et la tenue des revues de direction.

Consultant

- Formaliser la politique, les objectifs et les indicateurs; clarifier les rôles et le calendrier de revues.
- Réaliser le diagnostic (analyses, heatmaps) et la cartographie des risques (matrice P×G, scénarios, seuils).
- Élaborer le plan de prévention/aménagements et structurer le système d'alerte–réponse.
- Cadrer la formation (référentiels, modules, évaluation) et animer le rituel d'amélioration.

Prérequis & données nécessaires (inputs)

- Accès aux données des 12 derniers mois: déclarations, accidents, plaintes, indicateurs d'activité.
- Données opérationnelles: temps d'attente, heures de pointe, cartographie des flux et points de contact.
- Système de signalement actif; classification standard niveaux 1–4 et grille commune d'analyse.
- Canal d'alerte unique opérationnel; planning des tests (mensuels/hebdomadaires selon contexte).
- Instances de gouvernance planifiées (COPIL mensuel; revues trimestrielles).
- Inventaire des dispositifs existants (issues de repli, boutons d'alerte, signalétique, éclairage).
- Conventions opérationnelles aux interfaces (sûreté, direction médicale, forces publiques si besoin).

Modalités de pilotage & qualité (comités, validations, risques)

- COPIL mensuel; comité de revue trimestriel; revues de direction trimestrielles.
- Indicateurs clés: temps de réponse, taux de clôture d'actions, récurrences, répartition spatio-temporelle.
- REX structuré: analyse ≤ 72 h; 1 retour d'expérience/mois intégré au plan d'amélioration.
- Tests d'alerte réguliers (au moins mensuels); taux de réussite visé ≥ 95% et traçabilité des résultats.

- Formulaire simplifiés (≤ 10 champs); restitution aux équipes sous 7 jours pour entretenir la déclaration.
- Gestion des risques de qualité: éviter l'empilement d'outils; prévenir la sous-déclaration; protéger le déclarant.
- Éthique et confidentialité: mesures proportionnées; information des usagers; revues d'impact encadrées.
- Boucle PDCA: actions $\leq 60-90$ jours, suivi mensuel, arbitrages lors des comités.