

Épreuve certificative  
au Diplôme d'État  
Infirmier  
Mémoire écrit

# Le stress et la violence aux urgences



Compétences 7 et 8

Unités d'enseignements 4.8, 3.4 et 5.6

GOURGON Jérémy

**INSTITUT DE FORMATION  
EN SOINS INFIRMIERS**

Centre Hospitalier Bretagne Atlantique  
Établissement Public de Santé Mentale  
Morbihan

Promotion 2010 - 2013



Mots clefs : Violence - Urgences - Infirmiers – Stress

Pendant mon cursus d'études à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et le stage que j'ai effectué aux urgences, j'ai été confronté à beaucoup de situations. Mais de nombreuses situations rencontrées aux urgences, de violences envers le personnel notamment, m'ont poussé à questionner celles-ci à travers ce travail de recherche.

Le but étant d'essayer d'en déterminer les éventuelles causes, j'ai développé les concepts de relation soignants-soignés, de violence, de l'urgence et des services d'urgences.

Afin d'enrichir ce travail, j'ai aussi fait des entretiens auprès d'infirmiers des urgences avec une expérience et un parcours différents. Ces recherches et entretiens m'ont permis de valider mon hypothèse de départ qui était que le stress du personnel soignant dans un contexte de surcharge de travail, pouvait être à l'origine des comportements violents de patients. Ces comportements violents sont le résultat d'une accumulation de différents facteurs que j'ai détaillé dans ce mémoire.

---

Key Words : Violence - Casualty - Nurses – Stress

During my studies at the Nursing College and also the work experience that I did in Casualty, I was confronted by multiple situations. These situations, mostly in the casualty ward where violence towards the working staff was noticed, encouraged me to do more research into these problems.

The goal was to find the causes for the violence, so to do this I envisioned concepts that couple the relations between patients/staff, and the effects of urgency in the ward.

To give the thoughts more substance I was able to interview a few of the Casualty nurses with different backgrounds and experiences. These researches helped me validate my hypotheses which was about the stress levels of the staff due to an overload of work put upon them, and could be the origin of the violent behaviors of the patients towards the nurses. These violent conducts are the result of an accumulation of different factors which I have detailed in this report.

## Remerciements

En préambule à ce mémoire, je souhaitais adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à la réussite de ces trois années d'études.

Je tiens à remercier sincèrement Madame DURAND Rozen, qui, en tant que Guidante de mémoire, s'est toujours montré à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce travail, ainsi pour l'inspiration, l'aide et le temps qu'elle a bien voulu me consacrer et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Mes remerciements s'adressent également à Messieurs T. Joffrey et G. Jean-Paul : respectivement Infirmier au SMUR Cannes (06) et Infirmier au SMUR Vannes (56), ainsi qu'à toute l'équipe du service d'accueil des urgences de Vannes, pour le soutien et l'aide qu'ils m'ont apporté.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à ma famille et mes amis, qui m'ont toujours soutenu et encouragé tout au long de la rédaction de ce mémoire et plus généralement, tout au long de ces trois années d'études.  
Et plus particulièrement à mes parents qui ont pris le temps de corriger ce travail.

Merci à Toutes et à Tous.

« La violence commence où la parole s'arrête ... »

*Marek Halter - Ecrivain et Peintre*

## **Glossaire**

SAU : Service d'Accueil des Urgences

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

## Sommaire

### Unité d'Enseignement 4.8

1 Présentation de la situation professionnelle en lien avec la qualité des soins.....	1
1.1 Description .....	1
2 Analyse de la situation professionnelle .....	3
2.1 Outils de mesure.....	3
2.1.1 Outils d'analyse : QQQQCP .....	3
2.1.2 Outils d'analyse : Le Diagramme d'Ishikawa .....	4
2.2 Réalisation de l'analyse .....	5
3 Conclusion.....	7
3.1 Intérêt de la situation .....	7
3.2 Choix d'un des axes d'analyse.....	8

### Unité d'Enseignement 3.4

1 Introduction .....	9
2 De l'axe de recherche à la question de départ.....	10

### Unité d'Enseignement 5.6

3 De la question de départ à la problématique .....	13
3.1 Le cadre théorique .....	13
3.1.1 La relation soignant-soigné .....	13
3.1.1.1 Mais qu'est-ce que la communication ?.....	15
3.1.2 La violence .....	17
3.1.3 L'urgence et les urgences .....	21
3.1.3.1 Caractéristiques du service.....	21
3.1.3.2 Le personnel aux urgences .....	22
3.1.3.3 Le rôle de l'infirmier et sa prise en charge aux urgences .....	22
3.1.3.4 Les différentes étapes de la prise en charge infirmière aux urgences .....	23
3.1.3.5 Les facteurs altérants la relation soignant-soigné aux urgences .....	24
4 De la problématique à l'expérimentation .....	25
4.1 Méthodologie .....	25
5 De l'expérimentation à la discussion .....	25
5.1 Analyse des questionnaires.....	25
6 Conclusion.....	28

Bibliographie  
Annexes

Compétence 7 :

Analyser la qualité des soins et améliorer sa  
pratique professionnelle

UE 4.8 S6 :

Qualité des soins et évaluation des pratiques

*Travail écrit d'analyse d'une pratique professionnelle*



# 1 Présentation de la situation professionnelle en lien avec la qualité des soins

## 1.1 Description

La situation s'est déroulée dans un service d'accueil des urgences, durant ma troisième année d'études. C'était un mercredi après-midi, avec une forte affluence ce jour aux urgences, que ce soit dans le secteur de médecine, de traumatologie ou dans les box de déchocage. L'équipe est une équipe type au complet, 2 médecins, 2 infirmières et 2 aides-soignants dans le secteur de soins de médecine, 2 médecins, 2 infirmières et 2 aides-soignants dans le secteur de soins de traumatologie. Et enfin une infirmière et un aide-soignant à l'accueil des urgences.

Revenant de ma pause déjeuner, j'ai traversé le hall d'entrée du service pour me diriger vers les consultations secondaires (le hall d'entrée, était à ce moment très bondé, par les familles qui attendaient des nouvelles de leurs proches et les futures entrées ...)

Lorsque je suis ressorti des consultations secondaires, je me suis rendu vers les secteurs de soins pour reprendre ma journée. Je constate qu'un brancard se trouve encore du côté des entrées des personnes valides, je demande donc tout naturellement à l'aide-soignant de l'accueil si il veut que je range le brancard, pour faire de la place. Il me dit que non, que c'est le brancard d'un monsieur, en me désignant la personne concernée, debout à côté. Dans la direction qu'il m'indique, un monsieur d'une quarantaine d'année, titubant, se déplace comme une personne alcoolisée.

Je demande à Nicolas, l'aide-soignant d'accueil ce jour aux urgences (dont le nom a été changé pour la situation), pourquoi ce monsieur se présente-t-il aux urgences. Il se penche vers moi et me chuchote à l'oreille (pour ne pas que tout le monde autour entende) « Il vient pour une Intoxication Médicamenteuse Volontaire (IMV), son meilleur ami vient de le retrouver chez lui ».

Ce monsieur, se dirige vers la sortie. Nous le rattrapons, et lui expliquons que pour son bien il doit rester ici pour le moment. Nous l'aidons alors de manière un peu forcée à s'asseoir sur le brancard. Il nous dit de manière très forte, qu'il veut sortir pour fumer une cigarette. Nicolas lui dit que, ce n'est pas possible, et qu'il faut qu'il soit d'abord vu par un médecin.

Le monsieur retente de se lever de force, alors que nous le maintenons encore assis sur le brancard.

Soudain l'ambiance est devenue électrique dans le sas, avec un silence pesant dans le hall d'entrée. Tous les regards se sont tournés vers nous. Le monsieur se remet à crier qu'il veut une cigarette. Nous tentons de lui ré-expliquer que ce n'est pas possible. Très énervé, il repousse nos mains, se lève et tente de mettre un coup de poing à Nicolas. Celui-ci, habitué à ce genre de situation, évite le coup en se laissant tomber sur le patient et en lui bloquant la tête sur le brancard pour éviter morsures ou crachats.

Au même moment, j'ai suivi le mouvement de l'aide-soignant, et ai maintenu les jambes du patient sur le brancard, pour éviter les coups de pieds ou de genoux. Pendant toute la durée de la scène, Nicolas criait au personnel restant disponible, d'appuyer sur le bip agression, pour avoir du renfort. La secrétaire d'accueil déclenche un peu plus tard le bip alors que le patient est quasiment immobilisé. Quelques secondes après, les renforts arrivent comprenant un médecin, un cadre de santé, des aides-soignants et des infirmiers du service.

Pendant les trois longues minutes, entre le moment où le monsieur s'est énervé, et le moment où l'équipe est arrivée en renfort, toutes les personnes présentes dans le hall des urgences, s'étaient massées autour de nous, formant un cercle, où chacun voulait voir ce qui se passait et d'où provenaient ces cris.

C'est seulement pendant le temps où les aides-soignants du secteur médecine sont allés chercher le brancard de contention, que le cadre de santé a dû hausser le ton, pour demander à tout le monde de ne pas rester là et que ce n'était pas un spectacle, pour que la foule commence à se disperser.

Le monsieur a ensuite été installé sur le brancard de contention, et emmené dans le secteur de transit, afin de ne pas être au milieu du secteur de soins de médecine, ni rester au milieu du hall d'entrée.

Ce monsieur, une fois, sanglé et mis à l'écart de l'agitation du hall d'entrée, s'est totalement calmé, et est même devenu coopérant lors du déshabillage, pour le mettre en chemise bleue. En attendant qu'un des médecins se rende disponible pour venir voir le monsieur, celui-ci s'est totalement assoupi, et est devenu plutôt somnolent. La contention est restée en place toute la période où le monsieur est resté dans le service, et ce jusqu'au moment où la décision de sortie a été prise.

Le comportement de l'équipe vis-à-vis de cette personne est plutôt resté neutre, puisque le monsieur s'est calmé et détendu, et n'a pas été agressif ou violent verbalement envers l'équipe. Il a donc été considéré comme un autre patient, sans jugement de valeur.

## **1.2 Argumentation du choix de la situation**

J'ai choisi cette situation, car plusieurs choses m'ont interpellé lors de cette scène. Je n'ai pas compris pourquoi, à un moment de forte affluence dans un service de soins hospitalier, Nicolas ne m'a tout simplement pas demandé d'accompagner le patient dehors le temps qu'il fume sa cigarette, pour le surveiller, plutôt que d'aboutir à un conflit.

De plus, pourquoi ne pas avoir accompagné le patient plus loin dans le service, au moment de sa première demande, pour l'isoler un peu. Cette décision, aurait peut-être permis de ne pas exhiber cette scène de violence à toutes les personnes, enfants compris, présentes dans le hall d'entrée d'un établissement de soins.

Dans la plupart des cas d'IMV ou d'alcoolisations aiguës, la situation dégénère et se termine par des accès d'agressivité ou de violence de la part des patients envers les soignants. Ne serait-il donc pas possible de mettre quelque chose en place pour éviter que d'autres situations du même genre que celle décrite ci-dessus ne se reproduisent. Ces situations sont récurrentes dans les services d'urgences.

En quoi nos expériences, nos pratiques et nos rapports à ces patients qui ne se présentent pas dans leur état normal, peuvent-ils modifier notre vision de la personne et interférer dans leur prise en charge ? Ces interférences ne sont-elles pas à l'origine des accès de violences des patients envers les soignants ?

Le choix de ma situation rentre donc dans le cadre de la qualité des soins, et plus précisément d'un service d'accueil des urgences, qui est le premier à recevoir ces patients sous l'emprise de différentes substances psychoactives et qui ne sont pas dans leur état normal.

## 2 Analyse de la situation professionnelle

### 2.1 Outils de mesure

#### 2.1.1 Outils d'analyse : QOOQCP

**Qui ?** : Un patient se présentant au Service d'Accueil des Urgences (SAU) amené par son meilleur ami (et retrouvé par celui-ci même) pour une IMV.

**Quoi ?** : Une réaction violente de la part du patient

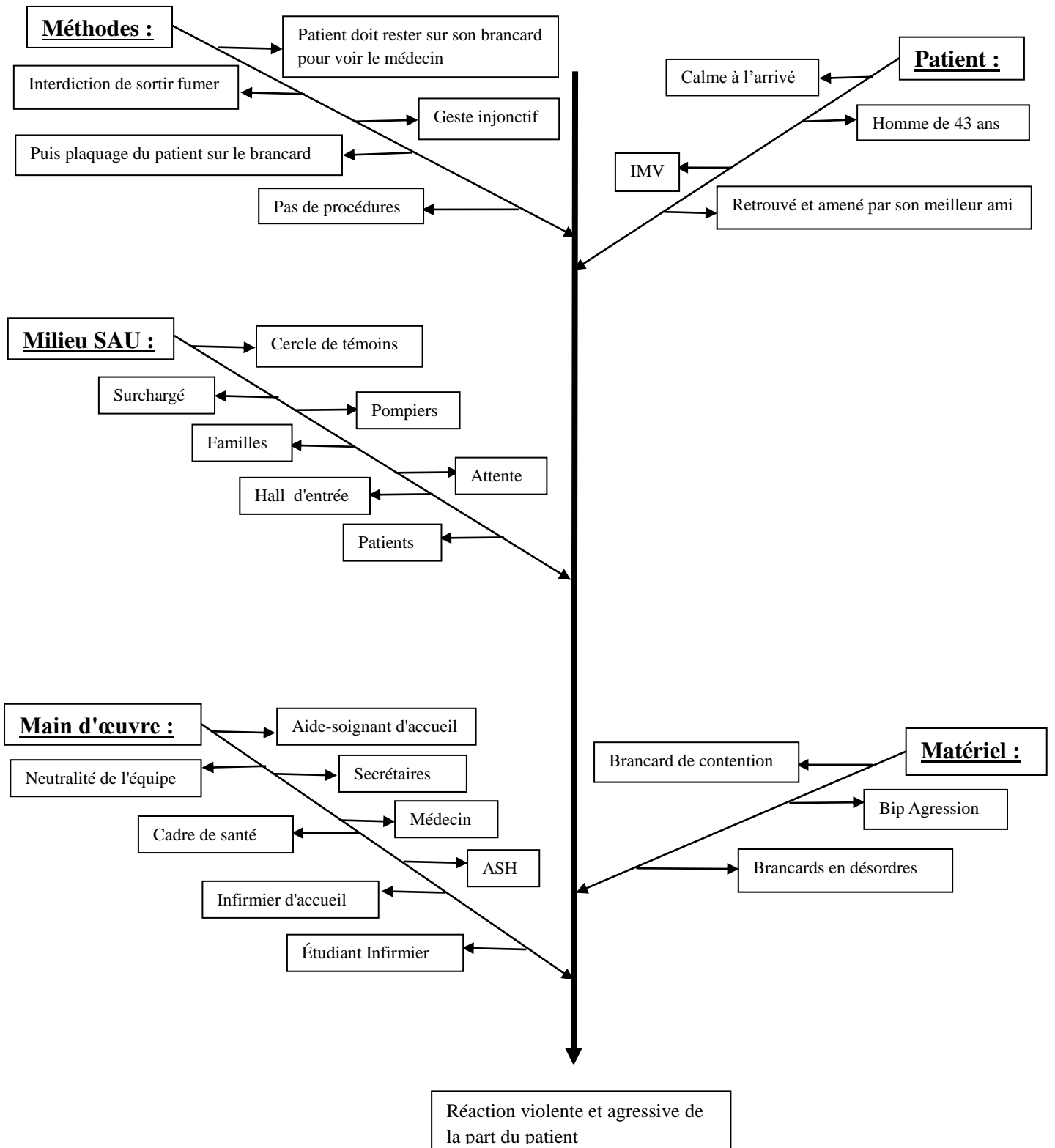
**Où ?** : Un SAU, à l'accueil, au niveau du bureau de l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation

**Quand ?** : Un jour de semaine, aux alentours de 14h

**Comment ?** : Une charge de travail très importante pour le personnel soignant du SAU (une IDE et un AS à l'accueil des urgences), le personnel de l'accueil ne pouvant répondre à toutes les sollicitations

**Pourquoi ?** : Manque de temps, importante affluence de personnes/patients, stress du fait de la surcharge de travail

## 2.1.2 Outils d'analyse : Le Diagramme d'Ishikawa



J'ai procédé à l'analyse de la situation avec les deux outils de mesure à notre disposition, le QQQQCP et le diagramme d'Ishikawa.

Clairement je trouve le diagramme d'Ishikawa, plus synthétique, plus fonctionnel et beaucoup plus simple que le QQQQCP. Le diagramme d'Ishikawa permet de nous restituer une synthèse claire et complète de la situation (avec tous les différents intervenants et facteurs), et également de dégager beaucoup plus facilement des axes d'analyses.

Le QQQQCP se limite à un résumé de la situation, sans aucun détail, il est alors nécessaire d'avoir la situation sous les yeux pour la comprendre et en connaître les différents intervenants et facteurs. Il ne permet pas non plus d'isoler des facteurs précis, afin d'en tirer des axes d'analyses.

## 2.2 Réalisation de l'analyse

Dans cette situation on peut déceler deux écarts par rapport à la charte du patient hospitalisé.

Le premier écart est au niveau de la personne. Il est dit dans la charte que « *la personne hospitalisée est traitée avec égards* »<sup>1</sup>, or plaquer une personne sur un brancard et l'attacher n'est pas un traitement idéal. On lui explique que c'est pour sa sécurité, et que c'est pour ne pas qu'il se mette en danger ou mette en danger les autres. Mais on ne retrouve pas ici, la qualité d'un traitement d'une personne avec égards.

Le deuxième écart se trouve au niveau des libertés de la personne. Il est dit dans la charte qu'une personne hospitalisée, « *peut à tout moment quitter l'établissement* »<sup>2</sup> (« *Seules les personnes ayant nécessité, en raison de troubles mentaux [...] peuvent être retenues* »<sup>3</sup>). Cette charte est un document officiel présentant les droits des patients et est accessible à toute personne à l'hôpital.

Cependant, dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'hospitalisation d'un patient sans consentement, il est dit : « *La prise d'alcool ou de toxiques, aiguë ou chronique, peut justifier une hospitalisation sans consentement à condition qu'elle soit associée à :*

- *des troubles psychiatriques ;*
- *et/ou des antécédents de passage à l'acte*
- *et/ ou un risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui.*

*En cas d'intoxication aiguë nécessitant une hospitalisation, il est recommandé une prise en charge en première intention dans un service d'accueil des urgences, car le risque somatique est prédominant. »*<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. *Charte de la personne hospitalisée*. Page 14

<sup>2</sup> Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. *Charte de la personne hospitalisée*. Page 13

<sup>3</sup> Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. *Charte de la personne hospitalisée*. Page 13

<sup>4</sup> HAS. *Recommandations sur l'hospitalisation sans consentement*. Page 12.

On trouve ici une différence entre la charte du patient et les recommandations de l'HAS.

Mais l'écart est « justifié » par les recommandations des bonnes pratiques de l'HAS, qui élargissent le champ de l'hospitalisation sans consentement, et ne le restreint pas à la seule indication des troubles mentaux. En ce qui concerne la justification de ces recommandations, on trouve le danger potentiel que peut représenter le patient pour lui-même et autrui (exemple conduite de véhicule après ingestion d'alcool et/ou de médicaments, risque d'hétéro-agressivité sur la voie publique ...). Le patient n'est à cet instant, pas maître de son jugement et ne se rend pas toujours compte du danger qu'il peut représenter pour les autres ou lui-même, ce qui autorise les urgentistes à retenir le patient contre son gré.

Or, la charte est un document officiel, et au niveau de l'HAS, ce ne sont que des recommandations. Au niveau de celles-ci, cela peut permettre différentes interprétations et peut/pourrait aboutir sur le long terme à des abus.

Ici l'outil d'analyse du diagramme d'Ishikawa, nous permet de compléter la mesure des écarts, puisqu'on retrouve des écarts qui ne sont pas répertoriés dans les différents protocoles, chartes, code de la santé, etc, mais qui sont liés à des fonctionnements de services. (Dans le protocole « violence » du CHBA par exemple, il est expliqué la procédure complète pour l'utilisation du brancard de contention et des différentes actions à accomplir. Mais à aucun moment, il n'est question du patient). Il est question des niveaux d'agitations, mais pas des réactions du patient. L'outil d'analyse permet de mettre en avant les écarts mesurés par rapports aux différents documents (ici charte du patient hospitalisé).

Du diagramme d'Ishikawa j'ai tiré les 4 axes d'analyses suivants :

- Le premier axe est relié au patient : L'impact de la prise en charge d'un patient ayant fait une IMV peut le pousser à être violent.
- Le deuxième axe est relié aux méthodes : Impact de l'attitude de l'équipe soignante sur le comportement d'un patient ayant fait une IMV.
- Le troisième axe est relié au milieu : Impact de la charge de travail sur la prise en charge des patients.
- Et le quatrième axe est relié à la main d'œuvre : L'influence du stress et de, l'énervernement du personnel d'un service d'accueil des urgences sur les patients.

## 3 Conclusion

### **3.1 Intérêt de la situation**

On remarque que dans cette situation, il y a plusieurs écarts avec les textes officiels, qui viennent altérer la qualité des soins, puisque la personne n'est pas traitée avec égards. Elle n'a pas eu le choix et n'a pu à aucun moment exprimer ses droits, ni ses volontés.

Ce patient a en plus été mis à l'écart, pour prévenir les éventuels accès de rages et d'insultes auprès du personnel et des patients, ce qui stigmatise encore plus la prise en charge de ces personnes.

Un autre aspect de la qualité des soins que l'on retrouve également altéré se situe au niveau des soins à proprement parler. En effet, un patient attaché est susceptible de se débattre, de ne pas être coopérant, avec effet de retarder le début des soins. La prise de sang, la pose d'un cathéter veineux pour pouvoir passer d'éventuels médicaments, la réalisation de l'examen médical, la réalisation d'examens complémentaires tels que d'éventuels clichés radiographiques, sont d'autant plus décalés dans le temps. Le fait d'attacher un patient à cause de son comportement, peut donc avoir de nombreux impacts et conséquences sur sa prise en charge.

Les différentes questions qui me viennent à l'esprit, sont par exemple, pourquoi ne m'a-t-on pas demandé d'accompagner le patient et son ami dehors, le temps qu'il fume sa cigarette et que le hall d'entrée du SAU se vide un peu ? Pourquoi n'a-t-il pas été vu de suite pour l'emmener rapidement dans un secteur de soins et éviter d'exhiber une scène de violence aux yeux de tous (enfants compris) ? Ou encore, pourquoi Nicolas et moi, étions nous contraints de l'obliger à s'asseoir plutôt que de parler avec lui pour que cela se passe dans le calme ? Le personnel à l'accueil en ce jour surchargé, était-il suffisant ? En quoi, la charge de travail du SAU a-t-il pu modifier notre comportement vis à vis de ce patient ? Chaque soignant à derrière lui une expérience et une pratique pouvant modifier le rapport au patient. Comment cela peut-il interférer dans la relation avec celui-ci ? Ces interférences ne pourraient-elles pas être à l'origine des accès de violence des patients envers les soignants.

Ce sont toutes ces questions qui m'interrogent et me poussent à traiter ce sujet.

Les axes de recherches reliés à notre pratique professionnelle, concernant des Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) seraient : -La main d'œuvre : Influence du stress et de l'énerverment du personnel d'un SAU sur les patients.

-Les méthodes : Impact de l'attitude de l'équipe soignante sur le comportement d'un patient ayant fait une IMV.

### **3.2 Choix d'un des axes d'analyse**

L'axe que je souhaite développer dans ce travail de recherche est celui relié à la main d'œuvre : L'influence du stress et de l'énerverment du personnel d'un service d'accueil des urgences sur les patients. J'ai choisi cet axe, car tout au long de ce stage aux urgences et de mon cursus, j'ai vu des professionnels qui avaient chacun leurs habitudes de communications auprès des patients (humour, limitations des échanges verbaux ... etc.). Ces mêmes patients avaient des réactions et des réponses très différentes, en fonction du professionnel qu'ils avaient en face d'eux. J'ai donc profité de ce travail de recherches et de cette situation, pour orienter ma recherche sur l'impact que peut avoir le comportement du soignant sur le patient.



**Compétence 8 :**

**Rechercher et traiter des données professionnelles et  
scientifiques**

**UE 3.4 S6 :**

**Initiation à la démarche de recherche**

*Travail écrit, mémoire de fin d'études*

## 1 Introduction

La situation dont je suis parti, parle d'un monsieur amené aux urgences pour une intoxication médicamenteuse volontaire (tentative de suicide médicamenteuse), à qui nous avons refusé qu'il sorte fumer une cigarette alors qu'il n'avait pas été vu par un médecin. Il s'est alors énervé et s'en est pris de manière verbale et physique au personnel d'accueil du service des urgences et ce monsieur a fini attaché au brancard de contention, contre son gré et sans qu'il ne puisse protester.

Dans cette situation, on a pu mesurer deux écarts avec les textes officiels, qui nous montrent que la qualité des soins réalisés aux urgences n'est pas toujours optimale. Notamment au niveau de la personne qui n'est pas traitée avec égards dans cette situation. Le fait que la personne ait été plaquée sur le brancard avant même qu'il y ait eu un dialogue, illustre bien le stress et la tension auxquels est soumis le personnel d'un service des urgences.

De plus, la mise à l'écart de ce patient pour prévenir ses accès de rage et ses insultes, stigmatise encore plus la prise en charge de ces patients. Certes le but est aussi de ne pas mettre en danger les autres patients en attente d'une prise en charge dans les secteurs de soins. La prise en charge n'est donc pas optimale.

La situation a dégénéré au moment où le patient a voulu sortir pour fumer une cigarette. Mais pourquoi on ne m'a-t-on pas demandé d'accompagner le patient et son ami dehors, pour qu'il fume sa cigarette, comme je l'avais déjà fait à plusieurs reprises durant ce stage. Le hall d'accueil des urgences aurait ainsi pu se désengorger, et la situation aurait pu être gérée plus calmement et simplement. Ou encore, pourquoi n'a-t-il pas été vu de suite ou emmené rapidement dans un secteur de soins, afin que lors de l'immobilisation du monsieur, cela ne se soit pas passé devant les patients et accompagnants et notamment beaucoup d'enfants (le mercredi, l'affluence concerne plus les enfants que les autres jours de la semaine, avec des accidents de sports par exemple).

Nicolas et moi étions-nous contraints d'obliger ce patient à s'asseoir plutôt que de discuter avec lui pour apaiser la situation et éviter qu'il ne se braque dès le départ contre l'équipe et réagisse avec agressivité et violence (physique et verbale) contre nous. Mais encore, au vu de la surcharge de travail en ce jour aux urgences, est ce que le personnel présent dans le service était suffisant, ou aurait-il fallu la présence de personnel supplémentaire, quitte à ce que ce soit des agents de sécurité qui viennent en renforts, comme cela se fait dans d'autres hôpitaux ?

Cette surcharge de travail, n'aurait-elle pas altéré notre réflexion ainsi que notre pratique professionnelle au point de ne pas entendre le patient ? Et d'être plus préoccupé par le fait de vouloir désengorger à tout prix le hall d'entrée du service des urgences, plus que par les patients eux-mêmes.

Ce sont toutes ces questions qui m'ont poussé à développer et m'interroger sur cette situation, ayant en plus pour projet professionnel de travailler dans un service des urgences. Cela me permet d'éclairer une situation que je serai amené à rencontrer régulièrement dans ce type de service.

Je souhaite me questionner sur cette situation plus particulièrement autour de l'axe : « L'influence du stress et de l'énerverment du personnel d'un service d'accueil des urgences sur les patients ».

Cet axe a un intérêt pour la profession infirmière, parce qu'aujourd'hui la violence qu'elle soit physique ou verbale, est présente de manière quasi-quotidienne dans les services d'urgences et est en augmentation constante (+38% des faits de violences en milieu hospitalier en 2009 par rapport à 2008, et 13,5% des atteintes à la personne ont lieu dans les services d'urgences)<sup>5</sup>. Mais on la retrouve dans beaucoup de services de soins des hôpitaux généraux. On retrouve par exemple un pourcentage d'évènements de violences aux alentours de 16% dans les services de médecine<sup>6</sup>. On peut donc mettre en corrélation l'analyse de cet axe avec ce qui pourrait se passer/se passe dans les différents services d'un hôpital.

De plus durant mon stage, j'ai rencontré plusieurs situations d'agressivité et de violence, similaires à celles-ci, et c'est un sujet qui prend de plus en plus de place dans l'actualité de nos jours. On entend de plus en plus régulièrement dans les journaux télévisés parler de faits de violences envers le personnel soignant, des établissements de soins, et plus particulièrement des services des urgences. On voit aussi une augmentation des reportages sur ces services, sur les conditions de travail et de stress des personnels, qu'ils soient médecins, infirmiers ou aides-soignants. Ou encore des publications de conférences sur la violence aux urgences, qui sont de plus en plus régulières. Pour adapter les pratiques professionnelles et essayer d'établir des protocoles de prise en charge spécifiques. Des conférences datant de 2011 montrent une augmentation de près de 40% des déclarations d'actes de violences, dans les établissements hospitaliers. Cela nous montre donc que la qualité de nos soins n'est clairement pas optimale. Ce travail de recherches a pour but d'essayer d'éclairer, les éventuelles causes de la violence, et de voir ce qui pourrait être mis en place, la limiter.

Pour structurer mon travail, je vais commencer par énoncer tous mes questionnements, afin d'aboutir à une question de départ. A partir de cette question de départ, je vais développer un cadre théorique, qui devra me guider sur une hypothèse de recherche. En partant de cette hypothèse, je vais à travers une expérimentation (entretiens cliniques) vérifier la véracité de mon hypothèse de recherche. Je discuterai ensuite des résultats obtenus, en les confrontant à mes recherches théoriques, afin d'en tirer des conclusions et pouvoir proposer d'éventuelles solutions.

## **2 De l'axe de recherche à la question de départ**

Le service des urgences et plus généralement le milieu hospitalier, sont pour une personne lambda, un milieu rarement fréquenté, que l'on évite autant que possible et qui est complètement inconnu. Qui plus est, le service des urgences, est le premier « rempart » des personnes en détresse arrivant à l'hôpital.

---

<sup>5</sup> PHILIPPE C. *La violence dans les établissements de soins*. Conférence de Rennes. Page 5 et 10

<sup>6</sup> GUERINI F. *La violence dans les établissements de soins*. Conférence de Lyon. Page 10

C'est une véritable interface entre la ville et l'hôpital, où les personnes de tous milieux sociaux sont rassemblées, pour des pathologies pouvant aller du mal de gorge à l'infarctus du myocarde par exemple. En plus de cela, toutes les personnes ne parlent pas forcément la même langue (patients étrangers), les brancards sont souvent les uns à côté des autres, sans zones de calme ou de confidentialité pour les patients. Sans compter, que les gens peuvent avoir mal, et que la douleur est peut-être présente chez eux depuis plusieurs heures ou jours et qu'ils sont venus ici, car ils ne savaient plus quoi faire.

Tous ces facteurs sont stressants et anxiogènes, en rajoutant à cela une attente pouvant aller jusqu'à plusieurs heures (attente pour différents examens tels qu'une radiographie, un scanner dont les délais peuvent varier, et ensuite attente des résultats) les personnes peuvent se retrouver angoissées par ce milieu où les stimulations sensorielles (visuelles et auditives) sont très nombreuses.

Les premières questions que je me pose sont : Qu'est-ce que le stress ? Comment se manifeste-t-il ? Contribue-t-il à modifier notre comportement ou nos façons de faire ? A-t-il les mêmes effets sur le personnel soignant et sur les patients ? A-t-il un impact sur notre relation de soignant envers le soigné ? Dans quelle mesure impact-il cette relation privilégiée avec le patient ? Quelles peuvent être les conséquences du stress ? Les urgences sont-elles le seul recours pour les patients ?

De plus, aux urgences, le tri des patients ne se fait pas en fonction de l'heure d'arrivée, le premier arrivé, n'est pas toujours le premier pris en charge. Le système de tri des patients par l'IOA<sup>7</sup> est très complexe à comprendre pour les personnes arrivant aux urgences et ne connaissant pas le milieu.

C'est alors compréhensible d'entendre des remarques comme « Pourquoi cette personne passe avant moi, alors que je suis arrivé avant et que cela fait 3 heures que j'attends, alors qu'elle vient tout juste d'arriver ? », cependant les gens ne comprennent pas et ne font pas de différence entre l'urgence relative et l'urgence réelle. Quand des personnes viennent aux urgences, pour quelque motif que ce soit, nous pouvons comprendre que ce pourquoi ils se déplacent, représente une urgence pour eux. Mais ce n'est pas cela qui est remis en cause, nous allons nous occuper d'eux.

Cependant, pourquoi un monsieur avec une douleur thoracique est pris en charge avant une personne présentant des douleurs abdominales par exemple ? Parce que la douleur thoracique peut être un infarctus du myocarde, et comme on ne sait jamais vraiment depuis combien de temps un infarctus est constitué, l'urgence ici, associée comme une simple douleur par une personne lambda, se transforme en urgence vitale pour nous, soignant, avec notamment un risque d'arrêt cardiaque, si infarctus il y a.

C'est en cela que le système de tri peut paraître complexe à comprendre, quand le patient se présente, c'est le motif et ses risques potentiels, qui permettent de déterminer l'urgence de prise en charge

---

<sup>7</sup> L'Infirmier Organisateur de l'Accueil

Après cela, d'autres questions me viennent à l'esprit, Est ce que le personnel d'un SAU est stressé ? Si oui, pourquoi ? Quels en sont les facteurs ?

Après toutes ces explications et les questions qui en découlent, on retrouve beaucoup de facteurs pouvant majorer l'anxiété et le stress des patients et des soignants, mais beaucoup de questions restent encore sans réponses. Mon travail va maintenant être, d'essayer de répondre à ces questions. Le sujet de la violence et de l'agressivité aux urgences étant très vaste et pouvant être spécifique en fonction de la population ciblée, je vais exclure certains facteurs grâce à une question de départ, permettant ainsi de réduire le nombre et les origines des causes de ces violences.

La question de départ qui va me permettre d'aborder ce travail est la suivante :

*En quoi la relation du soignant au soigné, aux urgences, peut influencer le comportement du patient, jusqu'à le rendre violent ?*

Compétence 7 :  
Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique  
professionnelle

Compétence 8 :  
Rechercher et traiter des données professionnelles et  
scientifiques

UE 5.6 S6 :  
Analyse de la qualité et traitement des données  
professionnelles

*Travail écrit de fin d'études, mémoire et argumentation orale  
sur un sujet d'intérêt professionnel*

## 3 De la question de départ à la problématique

### 3.1 Le cadre théorique

#### 3.1.1 La relation soignant-soigné

La première grande notion que je vais aborder est le concept de relation soignant/soigné, qui est un des mots clés de ma question de départ.

Relation : « Ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles »<sup>8</sup>

Relation soignant-soigné : « Interaction entre deux personnes se trouvant dans une situation de soins à chaque fois renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient. »<sup>9</sup>

Selon Alexandre Manoukian c'est la « rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires »<sup>10</sup>

« Il n'y a pas de soins sans l'établissement de relations entre des êtres humains, dont certains demandent à être soignés, alors que d'autres, ont la mission de répondre aux besoins de santé de la population. Cette rencontre se déroule la plupart du temps à la satisfaction des uns et des autres »<sup>11</sup>

La relation soignant-soigné, c'est d'abord une rencontre entre deux univers différents, l'un fait partie de l'univers du soin et de ses composantes alors que l'autre est novice, à ces notions, et vient pour se faire soigner.

La relation qui s'établit, est alors cadrée, avec un objectif final, qui est le retour de la personne à son autonomie. Le facteur commun qui unit les deux univers est donc le soin.

Mais une relation, ne peut se baser que sur le soin uniquement. A l'hôpital, la relation qu'un infirmier va avoir avec un patient, nécessite de sa part un réel engagement, cet engagement va lui permettre de construire cette relation, et de l'entretenir.

La relation soignant-soigné est donc une relation d'aide, l'infirmière est là pour accompagner le patient, le rassurer ou encore, lui expliquer des aspects de sa pathologie qu'il n'aurait pas compris. Cette relation, va se baser sur des codes communications verbaux et non-verbaux.

En effet, à chaque fois que l'infirmier entre dans une chambre de patient, de par sa gestuelle et son sourire (ou bien tout l'inverse), il envoie des messages non-verbaux au patient, qui vont pouvoir donner au patient un aperçu de son état d'esprit (paroles calmes, prend le temps de discuter va montrer un infirmier plutôt tranquille. Alors qu'un infirmier brusque, écourtant les temps de paroles, peut donner l'image d'un professionnel débordé ou énervé).

---

<sup>8</sup> Définition tirée du Larousse 2013 [En ligne] : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845>

<sup>9</sup> MAGNON R. et al. *Dictionnaire des soins infirmiers*. Page 260

<sup>10</sup> MANOUKIAN A. *La relation soignant-soigné*. Page 56

<sup>11</sup> CURCHOD C. *Relations soignants-soignés*. Page 13

Mais il en est de même pour le patient, dans son lit, sa posture, son faciès et ses paroles, sont autant d'indices verbaux et non-verbaux, que l'infirmier se doit d'interpréter (exemple avec le faciès du patient lorsqu'il a mal).

« *L'habileté relationnelle consiste à décoder ces supports d'informations qui consolideront la relation soignant/soigné.* »<sup>12</sup>

Ces supports d'informations, sont en fait des messages, qui sont les fondements d'une relation de communication. Qu'ils soient verbaux ou non verbaux, ces messages sont de vrais indices, pour le soignant qui les interprètent, afin d'ajuster en permanence les interactions avec le soigné.

La communication apparaît donc comme un des aspects essentiel de la relation soignant-soigné. La qualité de cette communication va directement impacter sur la qualité de cette relation.

« *Cette démarche favorise la construction de liens de confiance propices à des soins de qualité.* »<sup>13</sup>

Les différents messages provenant du patient et la capacité de l'infirmier, à les interpréter, vont donc permettre au patient d'être serein et d'être en confiance vis-à-vis du système de soins. Et les différents messages provenant du patient, tel que des questions sur les soins, une attitude détendue lors des soins, vont mettre le soignant en confiance vis-à-vis du patient.

Dans cette relation, la confiance doit être réciproque, car le soignant espère du patient une collaboration dans les soins, qui ne sera possible, que si le patient se retrouve en confiance avec les soignants. Cette relation de communication verbale et non verbale, va donc permettre l'instauration d'une véritable relation de confiance.

On note donc, que la communication est donc un des piliers, si ce n'est le plus important, au sein de la relation soignant-soigné, elle est à la base de tout, et permet aux soignants et aux patients d'établir une réelle dynamique de soins à la fois bénéfique et satisfaisante.

---

<sup>12</sup> CHARPENTIER C. *La relation soignant-soigné.* (Cours) Page 4

<sup>13</sup> CURCHOD C. *Relations soignants-soignés.* Page 13



### 3.1.1.1 Mais qu'est-ce que la communication ?

Communication : « Action, fait de communiquer, de transmettre quelque chose. »<sup>14</sup>

« Communiquer : c'est mettre en commun un contenu, ce qui nécessite au moins d'être deux : celui qui transmet et celui qui reçoit.

Pour SHANNON (1947)

Mise en relation d'un émetteur et d'un destinataire »<sup>15</sup>

Communiquer avec quelqu'un, c'est un processus, dynamique, qui évolue au fur et à mesure d'une relation et qui nécessite au moins deux personnes, pour pouvoir échanger un message.

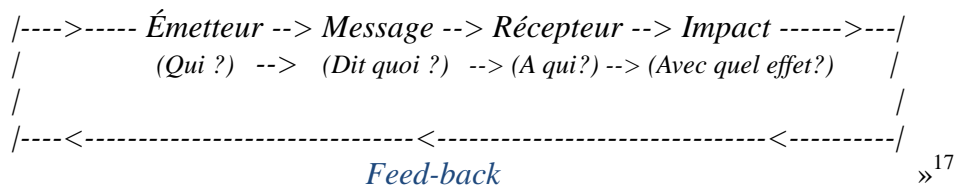
« Ecole de Palo Alto (approche psychosociologique)

Dans une interaction, tout comportement a la valeur d'un message donc d'une communication »<sup>16</sup>

Dans cette citation, le mot « comportement » illustre bien le fait que la communication n'est pas seulement verbale et qu'il existe une communication non-verbale, tant au niveau des comportements de la personne (agitation en cas de douleurs par exemple) que dans les attitudes (humeur triste d'un patient par exemple).

#### Schéma du processus de la communication selon Shannon et Wiener :

«



Le feed-back, est en fait un message que le récepteur va envoyer, de manière verbale ou non verbale, à l'émetteur du message. Cela va permettre à celui-ci, de savoir si le message qu'il a envoyé, a été reçu et compris de la bonne manière.

Toutes ces étapes de transmissions du message, sont autant d'étapes où le message peut-être tronqué ou modifié, altérant par le même coup la compréhension de celui-ci par le récepteur.

<sup>14</sup> Définition tirée du Larousse 2013

[En ligne] : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>

<sup>15</sup> RUNEGO P. *Concept de communication*. Page 7

<sup>16</sup> RUNEGO P. *Concept de communication*. Page 9

<sup>17</sup> RUNEGO P. *Concept de communication*. Page 8

D'autres facteurs peuvent interférer dans la communication avec l'autre, tels que :

« - les parasites (par exemple une infirmière qui essaye de faire de l'éducation thérapeutique auprès d'un patient, et qui est dérangée régulièrement par sa collègue, entraîne une communication hachée et non productive).

- la personnalité (une personne pessimiste, aura tendance à interpréter les informations reçues de manière négative).

- le cadre de nos représentations personnelles peut également interférer sur les messages que nous recevons (par exemple aujourd'hui les jeunes, n'ont pas la même manière de se parler les uns envers les autres, que les jeunes d'il y a quelques années, les codes de la communication évoluent, et sont en perpétuels renouvellement).

- Les codes du verbal et du non verbal, sont aussi des facteurs d'interférences et peuvent modifier l'interprétation du message (une personne qui évoque un décès dans sa famille proche, en rigolant, modifie complètement l'impact du message sur le récepteur). »<sup>18</sup>

Ces interférences peuvent aussi provenir de différences, entre l'émetteur et le récepteur, de type sociales, culturelles, générationnelles ou même de la différence d'éducation par exemple.

« **CODE VERBAL :** Les messages doivent être envoyés clairement, puis reçus et interprétés correctement. Il se produit des erreurs parce que les communications sont transmises de façon inefficace ne sont pas reçues ou mal interprétées. »<sup>19</sup>

Cette citation nous explique donc qu'il faut éviter d'utiliser des phrases et des mots pouvant porter à confusion, sous-entendre autre chose que le message initial. Dans la mesure du possible, il faut procéder comme à l'écrit une phrase = une idée, pour que le message soit clair et précis.

En fonction du lieu où est délivré le message, des éléments peuvent influencer directement la communication, tel que le contexte (par exemple, après traumatisme ou après un événement heureux, la personne n'aura pas la même capacité d'écoute et de compréhension), ou bien le sujet abordé (médecin annonçant un diagnostic important, au milieu du couloir, dans le bruit par exemple).

Mais il existe aussi des obstacles empêchant purement et simplement d'établir une bonne relation de communication, tels que « la mémorisation sélective, la négation de l'autorité, préjugés, inégalités de savoirs, représentations sociales, conditions physiques et matérielles, différence de statut social, agressivité... etc. »<sup>20</sup>

Nous allons ensuite voir comment une communication modifiée, mal-interprétée ou complètement incomprise, peut aller jusqu'à déclencher un comportement violent du patient. La violence est donc le concept suivant que nous allons aborder.

---

<sup>18</sup> RUNEGO P. *Concept de communication*. (Cours). Page 13

<sup>19</sup> RUNEGO P. *Concept de communication*. (Cours). Page 15

<sup>20</sup> RUNEGO P. *Concept de communication*. (Cours). Page 27

### 3.1.2 La violence

Violence : « Est le passage à l'acte de l'agressivité : c'est une action exercée sur le corps même de la victime, et qui porte atteinte à son intégrité : coup et blessures, voie de faits (actes considérés comme moins grave car non visualisables : bousculade, crachats, cheveux arrachés). C'est une force brutale qu'un être impose à d'autres, pouvant aller jusqu'à la contrainte exercée par l'intimidation ou la terreur »<sup>21</sup>

« La violence est du registre de l'instinct de survie. L'activité vers laquelle tend la pulsion n'est pas de nuire à l'autre mais de survivre. »<sup>22</sup>

Agressivité : « C'est une disposition visant à se défendre ou à s'affirmer de façon exagérée à l'encontre de l'entourage. Ce sentiment se manifeste par de l'hostilité exprimée, des crises de rage et de la violence. L'agressivité est la manifestation de la tendance à nuire à autrui, que ce soit de façon réelle, imaginaire ou symbolique »<sup>23</sup>

D'après ces deux définitions, on note que l'individu a une tendance à la violence dans le but « de survivre », autrement dit, l'individu devient violent lorsqu'il se sent en difficulté, c'est comparable à un mécanisme de défense.

Comme nous avons pu le voir également: « La violence est du registre de l'instinct de survie. L'activité vers laquelle tend la pulsion n'est pas de nuire à l'autre mais de survivre. »<sup>24</sup>  
L'individu lorsqu'il devient violent n'a pour objectif de blesser l'autre, ou de lui causer du tort, mais bien, pour se faire entendre, pour manifester sa présence.

La violence, peut être détectée et anticipée, tout comme on peut détecter l'angoisse d'un patient. La violence possède elle aussi des codes qui peuvent être interprétés par l'infirmier, si celui-ci prend le temps de les décoder.

Ainsi comme signes ou facteurs de risques pouvant entraîner un passage à l'acte violent, on peut noter :

- « - Agitation/Inactivité
- Pathologie psychiatrique
- Consommation de drogues et/ou alcool et/ou médicaments
- Hallucinations
- Attente prolongée
- Antécédents de violence ou tentative de suicide récente
- Propos critiques émis en présence des personnels
- Répétition de questions restant sans réponses
- Affection somatique »<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> JEAN P. *Gestion de l'agressivité et de la violence aux urgences*. Page 1

<sup>22</sup> CHARPENTIER C. *Concept d'agressivité et de violence*. (Cours). Page 11

<sup>23</sup> JEAN P. *Gestion de l'agressivité et de la violence aux urgences*. Page 1

<sup>24</sup> CHARPENTIER C. *Concept d'agressivité et de violence*. (Cours). Page 11

<sup>25</sup> LEMOINE B. *Situation de crise*. (Cours). Page 6

CHARPENTIER C. *Concept d'agressivité et de violence*. (Cours). Page 5

Le dernier facteur de risque est intéressant, qui dit affection somatique, dit diagnostic médical. Or, aux urgences un diagnostic médical peut mettre plusieurs heures, avant d'être posé définitivement, en fonction de l'évolution des symptômes, de l'attente des examens et de leurs résultats. Le patient est donc « en attente » au milieu des autres patients, qu'il voit défiler, dans un flot toujours aussi constant.

Le Dr P. Jean, nous dit : « *Cette attente est vécue de façon variable, [...] dans une incompréhension des processus et des acteurs en cause : qui est qui ?, qui fait quoi ?, que va-t-il se passer ?* ».<sup>26</sup>

Dans le cas où le patient, lors d'une attente prolongée aux urgences, parce qu'il y a beaucoup de monde, ne trouve pas les réponses à ses questions, il est alors susceptible de devenir violent.

Comme nous l'avons vu plus haut, son comportement violent n'aura pas pour but de porter atteinte aux professionnels, mais bien de leurs montrer qu'il est encore là, qu'il existe, qu'il voudrait des informations par exemple. En effet, dans ce cas-ci, le comportement violent peut signifier une demande de la part du patient, comme par exemple « Ça fait deux heures que j'ai passé mon scanner, avez-vous les résultats ? Un médecin est peut-être déjà en train de les interpréter ? ».

C'est tout autant de questions, auxquelles le patient n'a pu trouver de réponse durant ce laps de temps d'attente et auxquelles nous aurions pu répondre, si nous avions pris un instant pour aller lui expliquer. Et c'est pour le même coup un comportement violent que nous aurions pu éviter.

Ce phénomène se produit malheureusement régulièrement dans les services d'urgences, non pas par volonté du personnel, mais à cause de plusieurs contraintes, tel qu'un personnel insuffisant en nombre par rapport à un flux d'entrées de patients conséquent par exemple.

Parfois, l'infirmier va communiquer auprès du patient, mais le message n'est soit pas compris, soit pas interprété, ce qui aboutit sur une situation de violence.

Par exemple, pour illustrer cette situation, nous allons prendre l'exemple du père qui crie sur l'infirmier parce que son enfant a mal et que c'est une urgence. L'infirmier a beau expliquer à ce monsieur, qu'il faut le temps que l'antalgique fasse son effet (dans beaucoup d'hôpitaux, la prise en charge de la douleur, est une priorité, et l'IOA possède des protocoles pour la dispensation d'antalgiques), et que des cas plus graves sont en attente de prise en charge, le message n'arrivera jamais à destination.

Comme vu dans le concept de relation soignant, ici la communication est impossible à cause du papa, qui ne comprend pas le principe de faire du tri à l'accueil des urgences (inégalités de savoir), et refuse d'écouter un infirmier (négation de l'autorité).

---

<sup>26</sup> JEAN P. *Gestion de l'agressivité et de la violence aux urgences*. Page 3

Dans cette situation, on retrouve encore un problème de communication, qui entraîne un comportement violent de la part de l'accompagnant envers le personnel.

Le problème n'est pas le même que la situation précédente, ici ce n'est pas une absence de communication qui déclenche le processus de violence, c'est le message de l'émetteur qui est tronqué par plusieurs facteurs.

De plus, si l'infirmier ressent le comportement du papa comme violent, le papa ne le verra peut-être pas comme un comportement violent, ici, comme dans la communication, les normes et valeurs seront différentes en fonction des milieux sociaux, de l'âge des protagonistes, des connaissances de chacun. Les différents facteurs entrant en ligne de compte, sont autant d'interprétations possibles, que peut prendre le message de l'infirmier envers le papa.

Aux yeux des patients et plus généralement de la population, les urgences sont : « Une consultation permanente qui répond à l'immédiateté de l'angoisse et du soin »<sup>27</sup> et cette vision de la population de ce service, nécessite quelques qualités des professionnels soignants, pour tempérer les patients, dont les demandes sont parfois inattendues et qui pourraient être traités bien plus rapidement par un médecin de ville.

Cette citation résume très bien, et cible une cause de bon nombre de situations de violences, qui découlent d'une communication hasardeuse, dans les services d'urgences :

« Travailler aux urgences requiert un autre savoir faire, à la croisée du social, du psychologique et du médical, fait donc appel à l'écoute et à la patience en plus de la rapidité d'exécution habituelle. A défaut de ces qualités, nos réactions d'intolérance ou notre stress nous rendant moins enclins à comprendre, vont percuter celles du malade, donnant naissance à des émotions violentes et mal gérées. »<sup>28</sup>

Après ces quelques exemples, nous allons maintenant nous intéresser aux mécanismes de déclenchement et aux modes d'expressions de cette violence, afin de comprendre les mécanismes et les différentes phases.

On assiste à un déclenchement du processus de violence lorsque la personne soignée se sent manipulée (impression d'être un objet à la disposition de l'autre), mais aussi lorsque la personne se sent menacée (image de soi bafouée, humiliée à cause du non-respect de l'intimité ou de la liberté) ou encore lorsqu'elle se sent frustrée<sup>29</sup> « Face à la dimension psychologique de la demande, si la frustration n'est pas supportée, elle s'exprime par la violence »<sup>30</sup>  
Il existe cinq étapes dans le mécanisme de survenue de la violence :

« 1) La phase d'accumulation de la tension nerveuse :  
- La personne se sent atteinte dans son intégrité

---

<sup>27</sup> MNH. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*. Page 45

<sup>28</sup> MNH. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*. Page 45

<sup>29</sup> STUDYRAMA. *Psychologie de la violence*. Page 130

CHARPENTIER C. *Concept d'agressivité et de violence*. (Cours). Page 15

<sup>30</sup> MNH. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*. Page 45

2) *Augmentation de la tension nerveuse :*

- *Apparition de troubles anxieux et d'agitation psychomotrice*

3) *La personne voit les solutions à son problème diminuer au fur et à mesure :*

- *S'installe alors un état de panique ; la personne n'entend plus les soignants, ne leur répond plus*

4) *C'est la phase de passage à l'acte :*

- *La personne extériorise sa frustration, élimine sa tension nerveuse et mobilise toute son énergie*

5) *La phase de détente :*

- *La personne est vidée de son énergie et peut exprimer de façon plus ou moins importante des sentiments de honte ou des regrets »<sup>31</sup>*

Une fois le processus de violence enclenché, il existe plusieurs manifestations possible de cette violence qu'elle soit physique ou psychologique :

« - *l'expression verbale : insultes, cris, menaces, etc.*

- *l'expression non verbale : attitude menaçante ou inspirant la peur.*

- *rejet ou ignorance de l'autre.*

- *ton arrogant ou autoritaire.*

- *non-respect de l'intimité.*

- *humiliation/infantilisation.*

- *diminution des soins élémentaires. »<sup>32</sup>*

On note donc que la violence peut s'exprimer de différentes manières, et qu'elle peut être le résultat de nombreux facteurs extérieurs et plus généralement d'un problème au niveau de la communication, sans que l'un ou l'autre des interlocuteurs en soit responsable, car ces défauts de communications peuvent être liés à l'environnement.

La violence peut être un simple geste ou une phrase que l'infirmier a dit ou fait, et qui a été mal interprété, car le message d'origine n'a pas été assez clair. Dès lors qu'un message de violence est interprété par l'un ou l'autre des interlocuteurs, la relation soignant-soigné est altérée et la confiance mutuelle est perdue, impactant la prise en charge.

Ces notions sur la communication et la violence, sont essentielles, puisque dans les notions suivantes de l'urgence et des urgences, nous allons pouvoir mettre en relation différents éléments, permettant d'isoler des facteurs, qui pourraient être à l'origine de la violence dans les services d'urgences.

---

<sup>31</sup> LEMOINE B. *Situation de crise*. (Cours). 7

<sup>32</sup> LEMOINE B. *Situation de crise*. (Cours). Page 7

CHARPENTIER C. *Concept d'agressivité et de violence*. (Cours). Page 13 et 15

### 3.1.3 L'urgence et les urgences

Urgence : « Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement. »<sup>33</sup>

Urgences : « Service hospitalier où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat. »<sup>34</sup>

Les urgences sont le service hospitalier chargé d'accueillir et de prendre en charge les malades et les blessés qui se présentent d'eux-mêmes ou sont amenés par les services de secours (pompiers...).

Cependant, aux urgences, de nombreux patients se côtoient, certains avec des motifs vraiment urgents et graves, d'autres avec des motifs moins urgents et moins graves. Un tri doit être effectué dès l'entrée des patients dans le service, c'est le rôle de l'Infirmier Organisateur de l'Accueil.

En effet, chaque patient se présentant aux urgences, pense que son problème est une urgence, et ne comprend pas pourquoi il n'est pas pris en charge rapidement et pourquoi parfois des patients passent devant lui.

C'est en cela que le rôle de l'IOA, est important, il doit en posant les bonnes questions, déceler l'urgence réelle et l'urgence relative.

Mais cela place aussi l'IOA en première ligne, au contact des patients, qui ne comprennent pas toujours le principe du tri et qui se retrouvent dans un milieu qui leur est inconnu, les privant de tout repère. Ce sont souvent ces patients qui peuvent s'énerver rapidement, car on ne répond pas à leurs questions (c'est un facteur favorisant de passage à l'acte violent), par manque de temps, lorsque la charge de travail est importante, et qui sont frustrés de ne pas entendre leurs demandes prises en compte. Ce sont d'ailleurs au niveau de l'accueil que les situations de violences dégénèrent, et c'est aussi à cet endroit que sont mis en place des dispositifs anti-agressions (bipper notamment).

#### 3.1.3.1 Caractéristiques du service

Un service des urgences, se caractérise par un nombre de personnel équivalent le jour et la nuit, un flux d'entrée de patients plus ou moins régulier, à toutes heures du jour ou de la nuit, les patients sont amenés par les pompiers, des ambulances privées, ou même le SMUR. La gestion du flux des patients est donc difficile à prévoir.

C'est un service où les personnes se présentent pour des motifs très variables (médicaux, chirurgicaux, psychiatriques et même psychologiques).

---

33 Définition tirée du Larousse 2013 [En ligne] : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/urgence/16806>

34 Définition tirée du Larousse 2013 [En ligne] : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgences/80705>

C'est aussi un service où la vie et la mort se côtoient, les urgences sont le théâtre d'une alternance de situations de détresse vitale, avec des prises en charges dans les box de déchocages (aussi appelés : salle d'urgence vitale) et de détresse non vitale, n'ayant pas une nécessité d'être surveillé de manière intensive.

### 3.1.3.2 Le personnel aux urgences

La prise en charge aux urgences est clairement multidisciplinaire, on retrouve dans le service divers catégories de professionnels gravitant autour du patient :

- Le personnel administratif : secrétaires médicales, les agents chargés des admissions
- Le personnel paramédical : manipulateurs en radiologie, aides-soignants, brancardiers, ambulanciers, infirmiers de soins généraux, infirmiers de psychiatrie, infirmiers anesthésistes, cadres infirmiers.
- Le personnel médical : médecins, internes, spécialistes (cardiologue, chirurgien orthopédiste...), médecins psychiatres, radiologues
- Les professionnels extérieurs intervenants aux urgences : sapeurs-pompiers, gendarmes, policiers, ambulanciers privés.

Ce qui explique une telle diversité de professionnels rien qu'au niveau du services des urgences, c'est la diversité provenant des patients, venant de tous horizons sociaux, pour des motifs de consultations tout aussi variés, nécessitant des prises en charges différentes par des professionnels compétents dans leur domaine. Ainsi on retrouve une palette très large de professionnels, exerçant aux urgences.

Ce sont tout autant d'interlocuteurs susceptibles de communiquer avec le patient, et donc de parasiter celui-ci (facteur d'altération de la relation de communication entre soignant et soigné).

### 3.1.3.3 Le rôle de l'infirmier et sa prise en charge aux urgences

Les compétences nécessaires à l'infirmier pour l'exercice dans un service d'urgence :

- Connaissances générales et variées, nécessaire à la prise en charge des patients venant pour des motifs de consultations très larges.
- Bon relationnel et bonne communication, afin de communiquer avec le patient et pouvoir le rassurer, mais aussi rassurer les familles en cas de situation difficile (décès par exemple).
- Sens de l'organisation, afin de pouvoir réaliser des soins de qualité.
- Polyvalence dans le comportement, afin de pouvoir s'adapter à différentes situations ou milieux.
- Rapidité et efficacité.



### 3.1.3.4 Les différentes étapes de la prise en charge infirmière aux urgences

-L'accueil : L'infirmier recueille auprès du patient les informations administratives (identité, adresse, carte vitale, carte de mutuelle, personne de confiance, personne à prévenir ... etc.), puis il effectue un recueil de données par rapport au motif d'entrée dans le service. Il se renseigne également sur l'anamnèse et les antécédents du patient, afin de pouvoir prioriser l'ordre d'arrivée dans les secteurs de soins. L'IOA va pouvoir également dispenser les premiers soins d'urgences.

Puis la personne est amenée en secteur de soins, et attend d'être vue par le médecin. « *Ce premier contact par l'infirmier est important, il a un rôle pivot dans cette première approche du patient* »<sup>35</sup>. C'est ce travail qui est fait en amont du secteur, qui va permettre à l'équipe du secteur de soins de prioriser la prise en charge des patients.

-Les soins : Les soins, qu'ils soient du rôle propre de l'infirmier ou qu'ils soient prescrits par le médecin, sont importants, l'infirmier doit essayer de faire participer la personne à sa prise en charge. Aux urgences, beaucoup de soins sont techniques, et nécessitent de ne pas être déshumanisés, afin que l'infirmier ne les pratique pas à la chaîne. Ces temps de soins, sont des moments privilégiés avec le patient, bien qu'ils puissent être courts, il faut les exploiter au maximum, pour discuter avec le patient, en savoir un peu plus sur son histoire de vie, certains éléments qui n'avaient pas été évoqués avant, peuvent ressortir. Il faut aussi en profiter pour expliquer au patient ce qu'on lui fait, ce qu'on recherche, il se sentira ainsi en confiance, sera plus détendu et sera plus conciliant aux soins (principe de la relation soignant-soigné).

Mais en revanche, si le soignant est stressé, les messages qu'il va envoyer aux patients, les messages non-verbaux notamment, vont être altérés et peuvent alors être interprétés tout à fait différemment par le patient, entraînant l'effet inverse à celui escompté au début de la relation.

Va aussi relever du rôle de l'infirmier, la surveillance du patient, tel que surveillance d'apparition de nouveaux symptômes, effets bénéfiques ou non des thérapeutiques mises en place... Cette surveillance va permettre au soignant, d'évaluer les différentes actions mises en place et de les réajuster si nécessaire.

-Le devenir : Lorsqu'il est décidé pour le patient, qu'il rentre à domicile, qu'il change de service, l'infirmier doit expliquer au patient, comment va se dérouler la suite de son parcours hospitalier, en cas de changement de service. Ou les différentes mesures à prendre lorsqu'il sera rentré à domicile (exemple : l'éducation thérapeutique du patient qui rentre à domicile avec un plâtre ou une résine.)

---

<sup>35</sup> La revue de l'infirmière. IAO : un poste pivot. Page 8

### 3.1.3.5 Les facteurs altérants la relation soignant-soigné aux urgences

Le service des urgences a pour particularité, d'être un service avec un flux de patients quasi continu, le problème récurrent dans ce service est de trouver des disponibilités de lits dans l'hôpital, pour transférer les patients, et pouvoir accueillir les patients suivants. Ce problème est récurrent et allonge significativement les durées de prises en charge, sans que les patients ne soient informés de l'avancement de la situation. Les laissant à leur sort, en attente d'une décision.

Un facteur entrant également en ligne de compte, se trouve au niveau du personnel, le stress.

Le Larousse définit le stress comme : « *Une réponse de l'organisme aux facteurs d'agressions physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation.* »<sup>36</sup>

On peut compléter cette définition, en rajoutant que le stress est le résultat d'une hyper sollicitation de l'organisme. En effet, par notre expérience personnelle, le stress survient lorsque nous sommes débordés par les événements, l'adaptation vient de notre part, en accélérant notre rythme de travail par exemple, afin de rattraper le « retard » pris.

Hans Selye, un pionnier en matière de recherche sur le stress, nous indique que le stress peut avoir différents impacts sur le soignant. Le professionnel concerné peut se dévaloriser, se sentir dépasser par les événements, mais il peut aussi être mal à l'aise, s'enfermant petit à petit dans des difficultés (problèmes organisationnels souvent). Le soignant devient également irritable, moins communicatif, voire agressif dans sa manière de communiquer (facteurs favorisant le passage à l'acte violent). Ils se heurtent donc à des patients eux-mêmes angoissés de se retrouver dans un milieu tel que les urgences, pouvant aboutir à de réelles situations d'agressivité et de violences au sein de ce service.

Ce facteur peut-être d'autant majoré que la date de diplôme du soignant est récente. Plus le professionnel de santé est jeune diplômé et plus ses gestes seront mal assurés, plus il aura de mal à communiquer durant les soins techniques, parce qu'il sera concentré sur la réalisation du geste. Ces comportements sont normaux et on ne peut en vouloir à un jeune diplômé, qui n'est pas encore à l'aise dans le service (non connaissance de toutes les pathologies prises en charges dans le service, traitements ou protocoles spécifiques, peur de se tromper ... etc.), d'être stressé. C'est une réponse normale de l'organisme, qui doit répondre à toutes les sollicitations extérieures qu'il reçoit (médecin, patients, cadres de santé, accompagnants...)

Tous ces facteurs qu'ils soient matériels ou humains, contribuent à altérer les relations soignants-soignés ou à allonger les durées de prises en charge. Souvent la communication peut régler ces petits soucis, car les patients peuvent comprendre qu'il y a du travail et voient tous les patients autour d'eux. Mais dès lors que l'on est dépassé, notre communication s'amoindrit et n'est plus efficace, allant jusqu'à altérer les relations qui nous unissent à nos patients, pouvant même provoquer chez certains des réactions violentes.

---

<sup>36</sup> Définition tirée du Larousse 2013 [En ligne] : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress/74848>

Le cadre théorique que j'ai développé, m'a permis de mettre en avant plusieurs facteurs et de cibler certaines causes des réponses violentes du patient. De ces facteurs et causes, j'ai tiré deux hypothèses de recherche : -Le stress du personnel d'un service d'accueil des urgences, dans un contexte de surcharge de travail, influe sur le comportement du patient, pouvant aller jusqu'à le rendre violent.

-Les facteurs environnementaux d'un service d'accueil des urgences, influent sur la relation soignant-soigné, altérant la qualité des soins et la communication.

Pour la suite de ce mémoire, je vais développer la première hypothèse de recherche, citée ci-dessus. Le stress est un facteur majeur qui est souvent évoqué par les professionnels de santé travaillant aux urgences. Cette hypothèse me permettra d'approfondir mon travail et de cerner plus précisément certains aspects qui influencent le comportement du soignant et du patient.

## **4 De la problématique à l'expérimentation**

### **4.1 Méthodologie**

Pour vérifier mon hypothèse, je suis parti sur la base de deux entretiens cliniques auprès de deux infirmiers, ayant chacun une expérience et un parcours différent. Ce sont deux infirmiers formés SMUR (l'un est au SMUR Cannes et l'autre est au SMUR Vannes), justifiant ainsi d'un minimum d'ancienneté et d'exercice dans un service d'urgence.

Afin d'avoir un échantillon représentatif des personnels en exercice j'ai choisi un jeune diplômé et un diplômé de longue date, permettant ainsi de comparer les réponses et les avis par rapport à l'expérience de chacun, (cette amplitude couvre la totalité du personnel des urgences).

Le choix de deux professionnels masculins, permettait aussi d'écarter les différences de réponses et de ressentis liés au sexe. En effet un infirmier et une infirmière n'auront pas forcément les mêmes manières d'agir, ou les mêmes répercussions du stress. Je vais analyser ces entretiens, et comparer les résultats pour faire des liens avec le cadre théorique.

## **5 De l'expérimentation à la discussion**

### **5.1 Analyse des questionnaires**

La première partie va concerner le stress et ses répercussions sur le soignant. La deuxième partie va concerner les facteurs de passages à l'acte violent du patient.

D'après les réponses aux questionnaires, les causes du stress des soignants sont : la surcharge de travail (arrivage massif de patients), les urgences vitales et le manque de personnel.

Ce stress se répercute alors sur les soignants de différentes manières, les deux professionnels interrogés nous disent : être plus irritables, moins concentrés (oublis, allongement des temps de réflexions), moins enclins à communiquer avec les patients et parfois même avec leurs collègues, perdre confiance en eux (diminution des capacités techniques).

Ces différentes répercussions ayant pour résultats de les isoler progressivement de l'environnement, ce qui les incite encore moins à communiquer avec le patient ou à répondre à ses demandes.

Dans un contexte de surcharge de travail, les deux infirmiers nous disent, ne pas accorder le temps qu'il faudrait pour échanger avec le patient. Le premier nous précise clairement que c'est le stress, tandis que le deuxième a mis en place une méthode d'adaptation. Il communique moins avec le patient pour « avancer dans les soins et ne pas se laisser envahir ». Ce mécanisme est une réponse au stress. En effet cet infirmier accélère son rythme de travail, pour compenser les nombreuses entrées de patients et ne pas être dépassé par les événements.

Ces réponses montrent que ce qui se passe en pratique est très proche de la théorie que j'ai développé dans le cadre conceptuel.

En effet, comme je l'ai développé dans le concept de la relation soignant-soigné et dans le concept de l'urgence et des urgences, le stress est le résultat d'une hyper sollicitation de l'organisme, pouvant entraîner de nombreuses répercussions sur le soignant. Celles-ci peuvent se manifester par de l'irritabilité, le fait que le soignant se renferme sur lui-même, en diminuant sa communication avec les patients et ses collègues, voir même qu'il devienne agressif dans ses réponses.

Cependant, ce qui se passe en pratique, est à pondéré en fonction du parcours et de l'expérience du soignant. Le deuxième infirmier semble beaucoup moins sujet au stress, et cela concerne des situations bien spécifiques (détresse vitale chez l'enfant), alors que notre premier infirmier, jeune diplômé, est stressé dans des situations bien plus générales (détresses vitales). Le jeune diplômé va avoir tendance à beaucoup plus s'isoler de l'environnement lorsqu'il est stressé, qu'un professionnel expérimenté, car les répercussions du stress seront beaucoup plus importantes chez lui. Ce phénomène se rapproche également beaucoup de ce que j'ai expliqué, sur le fait que le stress est majoré chez le jeune diplômé, dans le cadre théorique.

Il apparaît nettement que le stress influe sur le comportement du soignant, et qui plus est, de manière délétère.

Cette deuxième partie va concerner les facteurs de passage à l'acte violent du patient. D'après les réponses aux questionnaires, les facteurs favorisant les passages à l'acte violent sont : un temps d'attente très long, l'alcool, les pathologies psychiatriques et le décalage entre l'urgence ressentie du patient et l'urgence réelle perçue par le soignant.

Pour nos deux professionnels, les passages à l'acte violent, sont souvent dû à une parole du soignant qui est en contradiction avec ce que dit ou pense le patient (réponse non satisfaisante du soignant, interdiction d'aller fumer, ou refus de faire venir la famille dans le secteur de soins).

Mais d'autres facteurs liés aux attitudes du soignant sont aussi à la base des passages à l'acte violent comme la non-disponibilité de ce dernier, une attitude détendue par rapport à l'urgence ressentie du patient, une communication inexistante ou encore des attitudes gestuelles et positionnelles (bras croisés, lève les yeux au ciel... etc.).

Toujours dans un contexte de surcharge de travail, les deux infirmiers nous disent avoir affaire à des situations de violence très régulièrement.

Pour ces deux mêmes professionnels, le temps d'attente est un des facteurs principaux de passage à l'acte violent. D'une part, il est frustrant pour le patient d'attendre plusieurs heures le résultat des examens et le diagnostic associé, et d'autre part, comme je l'ai annoncé dans mon cadre théorique, l'environnement des urgences est un milieu très anxiogène pour le patient. Il se retrouve au milieu de beaucoup d'autres patients, avec un personnel qui n'est pas toujours disponible pour répondre à ses interrogations ou l'écouter. Tous ces facteurs majorent l'angoisse et le risque du passage à l'acte violent par la même occasion, comme j'ai pu l'expliquer dans le concept de violence.

La frustration du patient est aussi un facteur de passage à l'acte violent, de par l'attente, de par les réponses des soignants, qui vont souvent à l'encontre de ce que dit ou pense le patient.

Ce facteur de frustration est d'autant plus visible, lorsque les patients se présentent alcoolisés ou avec une pathologie psychiatrique. En effet, ils sont beaucoup moins enclins à tolérer la frustration, et la situation dégénère souvent, beaucoup plus rapidement qu'avec d'autres patients, parce qu'ils ne comprennent pas pourquoi on ne s'occupe pas d'eux tout de suite. D'après le cadre théorique, comme l'attente de prise en charge, la frustration est un facteur favorisant le passage à l'acte.

On retrouve dans le discours des infirmiers, beaucoup d'éléments, que j'ai développés dans mon cadre théorique sur le concept de violence. On note également que beaucoup d'éléments sont liés aux comportements des soignants (manque de communication, manque de disponibilité, frustration du patient par le discours de l'infirmier... etc.)

Dans cette partie on remarque donc que le comportement des soignants peut être à l'origine du passage à l'acte violent.

La première partie nous a donc permis d'observer que le stress a une influence plus ou moins marquée sur le comportement du soignant. Dans la deuxième partie, on observe que le comportement du soignant peut être (pas toujours !) à l'origine de passages à l'acte violent du patient.

On peut donc en déduire, et cela valide mon hypothèse de recherche, que le stress du personnel d'un SAU, dans un contexte de surcharge de travail, peut influencer le comportement du patient jusqu'à le rendre violent.

## 6 Conclusion

Mes questionnements par rapport à cette situation, m'ont permis d'aboutir à des axes de recherche, j'ai alors choisi celui en rapport avec la main d'œuvre: L'influence du stress et de l'énervernement du personnel d'un service d'accueil des urgences, sur les patients.

Cet axe m'a permis de m'interroger et d'émettre des questionnements autour de cette situation. J'ai pu aboutir à une question de départ : En quoi la relation du soignant au soigné aux urgences, peut influencer le comportement du patient, jusqu'à le rendre violent ?

J'ai ensuite développé un cadre théorique autour de cette question de recherche, me permettant d'aboutir à une problématique et à une hypothèse de recherche : Le stress du personnel d'un service d'accueil des urgences, dans un contexte de surcharge de travail, influe sur le comportement du patient, pouvant aller jusqu'à le rendre violent.

D'après mon cadre théorique et les entretiens que j'ai pu réaliser auprès de deux infirmiers, j'ai pu vérifier la véracité de cette hypothèse.

Le service des urgences est générateur de stress, de par les différents cas pouvant se présenter (urgences vitales surtout), mais aussi par les périodes de surcharges de travail.

Ces facteurs sont stressants pour le professionnel et se répercutent sur lui de différentes manières, et peuvent interférer dans la prise en charge des patients (diminution de la communication avec le patient, nécessité d'une concentration plus accrue, réponse non-adaptée à la demande du patient ... etc.), et peuvent dans certains cas allonger les temps de prise en charge.

Le comportement de ces professionnels va être directement impacté par ces facteurs, de manières néfastes. Le soignant ne se rend pas toujours compte des modifications de son comportement, car il est focalisé sur la prise en charge des patients entrants et est dans une optique de traiter un maximum de patients sur un temps très court. Mais en s'entêtant à vouloir prendre en charge beaucoup de patients, à moyen terme, certains patients se sentent délaissés et voudraient avoir des informations sur l'avancement de leur prise en charge.

Le soignant ne prend pas toujours le temps d'informer les patients sur leur prise en charge et les éventuels examens qu'il reste à faire. Et lorsque que ceux-ci demandent des informations, soit ils n'obtiennent pas de réponse, car le soignant, n'a pas le temps ou pas l'envie à cause du stress, soit la réponse n'est pas satisfaisante. Cette réponse peut ne pas être satisfaisante dans le contenu (pas d'élément nouveau) ou dans la forme. En effet, le patient lui-même angoissé par l'environnement et par les délais de prise en charge, peut interpréter de manière négative le message transmis par l'infirmier et devenir violent envers le personnel.

A travers mes recherches et mes lectures, j'ai pu trouver des hypothèses de propositions de solutions.

Dans certains hôpitaux, le service d'accueil des urgences, possède un infirmier dit « de confort ». Cet infirmier a pour mission, de réaliser tous les soins liés au confort du patient, il n'est pas impliqué dans la prise en charge « technique » de ceux-ci. Lorsque les patients sont en attente dans le service, cet infirmier va informer les patients sur l'avancement de leur prise en charge. Ce professionnel n'est donc pas soumis au même stress que le reste de l'équipe, il a plus de temps à consacrer aux patients pour répondre à leur demande et il est plus disponible. Permettant ainsi à l'infirmier du secteur de soins, en charge des box de consultations, de se consacrer à l'avancement des soins pour désengorger le service.

Une autre solution, serait de placer le bureau des agents de sécurité, à côté de l'entrée des urgences. L'effet dissuasif de l'uniforme n'étant plus à démontrer, cela limiterait les passages à l'acte violent, des accompagnants surtout. Beaucoup d'hôpitaux se préoccupent de la mise en place de moyens facilitant l'intervention des agents de sécurité.

Lors des projets de restructuration des services d'urgences, pour les rendre plus fonctionnels et sécurisants, la position du bureau des agents de sécurité est un facteur important. En plus des agents de sécurité, certains hôpitaux s'équipent d'un système de vidéo surveillance, les deux dispositifs ayant un but dissuasif auprès du patient. Cependant, qu'en sera-t-il de la qualité des soins, si la présence d'un agent de sécurité est nécessaire pour les réaliser ? Pouvons-nous tolérer cette escalade de la violence à l'hôpital et aboutir à cela ?

Le positionnement d'un médecin à l'accueil est une solution appliquée ponctuellement lors d'un engorgement important du service des urgences, le but étant de trier de manière plus efficace les patients. Afin de ne garder que les patients nécessitant réellement un passage aux urgences ; pour les autres, ils seront orientés vers le médecin traitant, pour raccourcir leur temps de prise en charge et limiter l'engorgement du service des urgences. Ce système devrait être appliqué plus souvent pour pouvoir anticiper ces périodes de surcharges de travail, et pas seulement lorsque la situation est déjà critique.

La formation des professionnels déjà en poste et ceux arrivants, autour de l'agressivité, de la violence et sur les moyens de médiations ou les méthodes de prise en charge, pourrait être une solution viable sur le long terme. Elle permettrait au personnel, de mieux se connaître vis-à-vis de la violence, de mieux connaître des techniques d'apaisement ou encore de reconnaître les signes prédictifs d'un passage à l'acte.

L'organisation de débriefing après une situation difficile ou de violence, permettrait à chacun de verbaliser ce qui a été difficile et de cibler les éventuels points de dysfonctionnements, afin de les corriger. Les corrections permettant de ne jamais retomber dans les mêmes « pièges » face à des situations compliquées.

Enfin, une solution déjà pratiquée dans beaucoup d'hôpitaux, le turn-over des personnels sur les différents postes infirmiers au sein du service, et la formation des professionnels à chacun de ces postes, permet à ceux-ci de ne pas être confrontés toujours aux mêmes problématiques. En effet, le poste d'IOA, de par sa complexité, est plus sujet aux actes de violences des patients ou accompagnants, que les infirmiers des secteurs de soins. La zone d'accueil n'est généralement pas très grande et rassemble beaucoup de personnes, souffrantes ou en attente, favorisant l'apparition des comportements violents.

Mes recherches sont en adéquation avec ce que j'ai vécu durant mon stage aux urgences. En effet, en me questionnant sur cette situation, je me suis également interrogé pour voir si je ne reproduisais pas les problèmes que j'ai mis en avant dans la théorie. Je me rends compte maintenant que lorsqu'il y avait du monde, je communiquais beaucoup moins avec le patient, mais je ne m'en suis réellement rendu compte, qu'en écrivant ce mémoire. J'étais également peu disponible, par peur d'oublier quelque chose ou parce que je ne connaissais pas certains protocoles, j'étais concentré et dans mes pensées, ne faisant pas toujours attention aux demandes des patients.

En étant étudiant, j'étais presque dans la même configuration que le jeune diplômé, à cela près que je devais justifier mes actes à un infirmier, pour ne pas commettre d'erreur ou oublier des éléments.

Ce qui explique l'apparition des comportements violents, lorsqu'il y a du monde, c'est que notre stress nous focalise sur ce que nous savons faire, en dépit de la relation et de l'inconnu du patient.

Le temps que nous consacrons au patient n'est jamais perdu. Cinq minutes de plus, passé à échanger avec un patient angoissé, pourra peut-être nous permettre d'éviter d'aboutir à une situation de violence, et de nous contraindre à l'attacher sur le brancard de contention.

Je sais désormais que dans beaucoup de situations, c'est mon comportement qui peut être à l'origine des passages à l'acte violent. Pour un exercice futur dans un service d'accueil des urgences, ces comportements violents devront me rappeler que j'en suis éventuellement la cause, afin de me remettre en question et faire les ajustements nécessaires dans ma relation à l'autre.





## **Bibliographie**

### **Ouvrages :**

- BORMANS Christophe *Psychologie de la violence*.  
Lavallois-Perret : Studyrama. 2005. 255p.

- CURCHOD Claude *Relations soignants-soignés, Prévenir et dépasser les conflits*. Vottem (Belgique) : Masson. 2009. 212p.

- MAURANGES Aline *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*.  
MNH (Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des personnels de santé) : Montligeon. 2007. 163p.

MANOUKIAN A. MASSEBEUF A. *La relation soignant- soigné - Soigner et accompagner*.  
France : Lamarre. 2008. 3e édition. 223 p

- SEBA C. et al. *Gestion du stress des soignants face à l'agression et à l'agressivité aux urgences*. In *Journées des infirmier(e)s anesthésistes et des infirmier(e)s d'urgence 2000*. 42e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Elsevier : Nancy. 2000. p191- 199. (La collection de la SFAR).

### **Articles de périodiques :**

- BRAUN François. *La médecine d'urgence française, un concept unanimement reconnu*.  
Revue de l'infirmière. Mars 2009. n°148. Page 14-16

- CLEMENT Régine. *Lorsque le soin s'exerce dans un contexte d'agressivité*.  
Revue de l'infirmière. Mars 2009. n°148. Page 26

- DUTERTRE Sylviane. *Une journée avec une infirmière organisatrice de l'accueil des urgences*.  
Revue de l'infirmière. Mars 2009. n°148. Page 20-21

- MARTIN Sandrine, THAUBY Isabelle. *Des compétences infirmières spécifiques et complémentaires dans la prise en charge des urgences psychiatriques*.  
Revue de l'infirmière. Mars 2009. n°148 Page 22-23

- MICHEL Jean-Charles. *Face aux violences aux urgences, l'hôpital réagit*.  
Journal Ouest-France – Vannes. Journal du 30 Novembre 2012. Page 10

- PIEDADE Isabelle. *Le référentiel de compétences de l'infirmière en médecine d'urgence*.  
Revue de l'infirmière. Mars 2009. n°148. Page 17-19

- RAUTUREAU Pascal. *Se former au mieux pour gérer les situations de violence*.  
Revue de l'infirmière. Mars 2009. n°148. Page 27

## Cours:

- CHARPENTIER Catherine, RUNEGO Paola. *Relation soignant/soigné*. [En ligne]. Cours IFSI Vannes. Disponible sur : <http://www.ifsi-vannes.fr/cours/Semestre2/C6.4.2.RELATION%20SOIGNANT%20SOIGNE.pdf> (Consulté le 01/04/2013)

- LEMOINE Bruno. *Situation de crise*. [En ligne]. Cours IFSI Bichat. Page 7. Disponible sur : <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CEEQFjAB&url=http%3A%2F%2Fifsi20062009.free.fr%2F1ANNEE%2FPsycho%2FCours%2520Psychiatrie%2520-%2520Dr%2520LEMOINE%2520Module%2520psy2%2F2007.06.13%2520-%2520Situation%2520de%2520Crise%2520-%2520Cours.doc&ei=FeRZUf-xBsG2O8SZgbAC&usq=AFQjCNH8DnsvY1VzLYbBPv0Av4ajrBR-Kg&sig2=VQyku0prngGPyNUMtjOm4A&bvm=bv.44442042,d.d2k> (Consulté le 01/04/2013).

- RUNEGO Paola. *Concept de Communication*. [En ligne]. Cours IFSI Vannes. Disponible sur : <http://www.ifsi-vannes.fr/cours/Semestre1/C6.UE.1.1.S1.CONCEPT.DE.COMMUNICATION.pdf> (Consulté le 01/04/2013)

## Documents :

- HAS, Service des bonnes pratiques professionnelles. *Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*. [En ligne]. Recommandations pour la pratique clinique. 2005. Page 12. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Hospitalisation\\_sans\\_consentement\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Hospitalisation_sans_consentement_recos.pdf) (Consulté le 01/04/2013).

- HAS, Service des bonnes pratiques professionnelles. *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*. [En ligne]. Recommandations de la commission d'audition. 2011. Page 4-5. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Hospitalisation\\_sans\\_consentement\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Hospitalisation_sans_consentement_recos.pdf) (Consulté le 01/04/2013).

- GUERINI Fabienne et al. *La violence dans les établissements de soins*. [En ligne]. Conférence-Débat. Lyon. Mars 2011. Disponible sur : <http://www.macsf.fr/file/docficsite/pj/4f/b1/d9/ed/conference-violence-lyonv4749920786953818818.pdf> (Consulté le 07/04/2013)

- HUE Christophe. *La violence aux urgences : que fait le personnel pour la prévenir ou la gérer ?*. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. (A.P.H.P.). Institut de Formation des Cadres de Santé. (I.F.C.S.). 2002. 50 p.

- JEAN P. *Gestion de l'agressivité et de la violence aux urgences*. [En ligne]. Conférence aux Journées Méditerranéennes d'Anesthésie et de Réanimation aux Urgences. 2009. Disponible sur : [http://www.reanord.org/jmaru/docs/2006/f2006\\_3.pdf](http://www.reanord.org/jmaru/docs/2006/f2006_3.pdf) (Consulté le 01/04/2013).

- MORICE M., CORROENNE A. et al. *Protocole de prise en charge d'un patient agité majeur aux urgences du CHBA*. Disponible dans le classeur de protocoles du service d'accueil des urgences. 2010

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. *Charte de la personne hospitalisée*. [En ligne]. Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 Bulletin officiel n° 2006-4. Disponible sur : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte\\_a4\\_couleur.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf) (Consulté le 07/04/2013).

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) 23 mai 2006. Journal officiel de la République Française du 23 mai 2006. [En ligne] Disponible sur : [http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20060523&numTexte=11&pageDebut=07531&pageFin=07535](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20060523&numTexte=11&pageDebut=07531&pageFin=07535) (Consulté le 01/04/2013)

- PHILIPPE Christian et al. *La violence dans les établissements de soins*. [En ligne]. Conférence-Débat. Rennes. Juin 2010. Disponible sur : <http://www.macsf.fr/file/docficsite/pj/da/b5/44/0f/conference%20violence%20rennes%2022%20juin%202478929732793969734.pdf> (Consulté le 07/04/2013)

- SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE, 9ème conférence de consensus. *Agitation en urgence (petit enfant excepté)*. [En ligne]. Texte long. 2002. Disponible sur : [http://www.sfm.org/documents/consensus/cc\\_agitation\\_long.pdf](http://www.sfm.org/documents/consensus/cc_agitation_long.pdf) (Consulté le 01/04/2013).

## **Photographie page de garde :**

SALESSE Florian. *Petits maux et longue attente vont de pairs*. [En ligne]

Disponible sur :

[http://www.lyonne.fr/photoSRC/bqUyVelNbWe1aAxBwXruFG8LIKncgI5EqzxsNngmzhLQqc95EY68d5L1WxH7gOSe4AgvLt9FhffSVHCrA9xuoG6bA--/dossier-hopital-une-nuit-au-service-des-urgences-de-l-hopita\\_947867.jpeg](http://www.lyonne.fr/photoSRC/bqUyVelNbWe1aAxBwXruFG8LIKncgI5EqzxsNngmzhLQqc95EY68d5L1WxH7gOSe4AgvLt9FhffSVHCrA9xuoG6bA--/dossier-hopital-une-nuit-au-service-des-urgences-de-l-hopita_947867.jpeg) (Consulté le 03/04/2013)

# ANNEXE

## Annexe 1

### Guide d'entretien

#### 1ère partie :

Objectif : L'objectif de cette partie est de pouvoir connaître un peu mieux le personnel interrogé.

**Quel est votre sexe :**                              Homme                              Femme

**Depuis combien de temps avez-vous votre diplôme ?**  
**Depuis combien de temps exercez-vous aux urgences ?**

#### 2ème partie :

Objectif : Cette partie a pour but de déterminer l'influence du stress sur le comportement du soignant de manière général, afin d'arriver à savoir si on peut le considérer comme un facteur favorisant l'émergence de situations de violence.

**Quels mots vous viennent en tête lorsqu'on parle du mot « stress » ?**

.....  
.....  
.....

**Durant votre journée de travail, êtes-vous stressé ?**                              Oui                              Non

**Si oui, quels sont les facteurs stressants mis en cause ?**

.....  
.....  
.....

**Comment le stress se répercute chez vous ?**

.....  
.....  
.....

**Lorsque le service se retrouve surchargé, prenez-vous autant de temps pour communiquer avec le patient que lorsqu'il y a moins de monde ?**                              Oui                              Non

**Pourquoi ?**.....

.....  
.....

**Le stress peut-il être à l'origine de l'altération de la prise en charge et des soins selon vous ?**

.....  
.....

3ème partie :

Objectif : Déterminer et isoler les différents facteurs pouvant influencer sur le comportement du patient et dans quelle mesure.

**Avez-vous déjà été confronté à une/des situations de violences (verbales ou physiques) ?**  
Oui                      Non

**Lors de ces situations de violences, pour quel(s) motif(s), le patient est-il devenu violent (plusieurs motifs possibles) ?**

.....  
.....  
.....

**Pensez-vous, que certains gestes ou mots du personnel soignant, pourraient être à la base de ces violences ?**

.....  
.....  
.....

**D'après votre expérience, quels sont les motifs qui vont entrainer le passage à l'acte violent du patient ?**

.....  
.....  
.....

**Comment pourrait-on éviter ces passages à l'acte violents ?**

.....  
.....  
.....

**Avez eu une formation sur la violence, dans votre service ?**      Oui                      Non  
**Si oui, que vous a-t-elle apportée ?**

.....  
.....  
.....

**Si non, pensez-vous, que cette formation soit nécessaire ?**

.....  
.....  
.....

Merci de m'avoir accordé du temps pour répondre à ces questions, dont le but final est l'aboutissement de mon travail de recherche de troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers.