

BERGER Célia

Promotion 2019/2022

Guidant de mémoire : Madame BERTOLINO Morena

Agressivité et violence ; le quotidien de l'infirmier aux urgences.



Travail écrit de fin d'études pour l'UE 3.4/S6 et l'UE 5.6/S6

Session 1

Date de dépôt : 17/05/2022 avant 12H

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Hôpital Robert-Pax

8 rue du Dr Eugène-Jacques SCHATZ

57211 Sarreguemines

BERGER Célia

Promotion 2019/2022

Guidant de mémoire : Madame BERTOLINO Morena

Agressivité et violence ; le quotidien de l'infirmier aux urgences.

Travail écrit de fin d'études pour l'UE 3.4/S6 et l'UE 5.6/S6

Session 1

Date de dépôt : 17/05/2022 avant 12H

Institut de Formation en Soins Infirmiers

Hôpital Robert-Pax

8 rue du Dr Eugène-Jacques SCHATZ

57211 Sarreguemines

En préambule de ce Travail de Fin d'Etude, je tenais à adresser mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont soutenue à l'accomplissement de ce dernier.

Un grand merci à ma référente de TFE ; Mme Bertolino. Pour sa disponibilité, sa pédagogie et ses précieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion et mon travail. Et sans qui, ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Je remercie ma référente pédagogique ; Mme Frisina, pour son soutien durant ces trois années au sein de l'institut.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'IFSI pour tous les enseignements qu'ils nous ont prodigués et pour leur accompagnement durant ces temps exceptionnels de pandémie.

Je remercie mes parents et ma sœur pour leurs encouragements sans failles depuis toujours.

Je remercie mon copain, Adrien, d'être présent à mes côtés.

Une pensée particulière à ma famille et à ma belle-famille.

Je remercie mes collègues de promotion et celles qui sont devenues mes amies ; Christelle et Julia.

Je remercie mes amies les plus proches ; Laetitia, Noémie, Amandine, Lucie pour leurs précieuses relectures.

Et, à tous les patients et professionnels de santé qui m'ont permis de me construire en tant que future professionnelle de santé ;

Merci.

À vous toutes et tous qui prendrez soin de lire ce travail avec bienveillance.

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

Marek Halter, Ecrivain et peintre.

-À tous les soignants victimes d'agressions et à ceux qui les soutiennent.

Sommaire

I.	Introduction.....	1
II.	Problématique.....	8
III.	Développement.....	16
	A. Le positionnement de l'infirmier des urgences, par sa communication, permet de prévenir la genèse d'une relation conflictuelle	17
	1) La communication verbale et para-verbale, vectrices d'informations, est primordiale dans cet environnement générateur de stress.....	17
	2) La communication non verbale, outil de considération à l'égard du patient, influence l'attitude de l'infirmier et facilite l'entrée en relation.....	18
	3) La communication de l'infirmier permet d'aboutir à l'adhésion du patient aux soins.....	20
	B. L'infirmier des urgences acquiert au fil de sa carrière, des compétences communicationnelles qui facilitent l'installation d'une relation avec le patient.....	21
	1) L'infirmier des urgences peut appliquer la stratégie de communication non-violente pour prévenir et résoudre une situation conflictuelle.....	21
	2) Les compétences relationnelles, au cœur de la formation d'Infirmier Organisateur de l'Accueil ; déterminent la qualité de la prise en soins à venir.....	23
	3) L'expérience professionnelle permet à l'infirmier des urgences d'acquérir des compétences qui conditionnent la relation soignant-soigné.....	24
	C. Face à l'agressivité et à la violence, l'infirmier est confronté aux limites de la communication et doit de ce fait; travailler en équipe pour y remédier.....	26
	1) L'infirmier au cœur de la prise en soins, est une personne vulnérable avec ses propres craintes et faiblesses.....	26
	2) Lorsque les mots n'ont plus d'impacts ; se former à d'autres pratiques est nécessaire pour la sécurité de tous.....	27
	3) Le travail d'analyse de pratiques réalisé par l'équipe pluridisciplinaire, représente un moyen efficace à la prise en charge de situations complexes.....	29
IV.	Conclusion.....	31
V.	Bibliographie	
VI.	Annexes	

LISTE DES ABREVIATIONS

AFGSU = Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences

CNV = Communication Non Violente

CSP = Code de la Santé Publique

DREES = Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD = Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

IDE = Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI = Institut de Formation en Soins Infirmiers

IOA = Infirmier Organisateur de l'Accueil

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

ONVS = Observatoire National des Violences en milieu de Santé

SAU = Service d'Accueil des Urgences

SEPS = Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants

SFMU = Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR = Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UE = Unité d'Enseignement

I. Introduction

De nos jours, les notions de violence et d'agressivité sont omniprésentes dans notre société. Sans nous en rendre compte, nous assistons quotidiennement à des situations qui s'y rapportent. En ce sens, nous pouvons faire référence aux situations de conflits familiaux, de dégradations de biens, de règlements de compte, de menaces physiques ou verbales¹. Les rapports publiés par l'Observatoire National des Violences en Milieu de Santé recensent chaque année des situations conflictuelles. En effet, comme dans toute institution sociétale, l'Hôpital, lui aussi, peut générer de la violence. D'après la synthèse du rapport 2020 de l'ONVS², on recense 23 780 signalements de violences par 451 établissements déclarants. Parmi ces données, on remarque que ce sont les services de psychiatrie, de gériatrie et des urgences qui font le plus de déclarations. En effet, le nombre de signalement d'atteintes aux personnes qu'a recensé le service des urgences s'élève à 3 700 en 2019. Parmi ces signalements, 94,5% des victimes sont des professionnels de santé et 47% d'entre eux sont Infirmier Diplômé D'Etat.

Le service d'urgence hospitalière adulte se différencie des autres services classiques (cardiologie, urologie, traumatologie, etc.). En effet, la spécificité de ce secteur est d'accueillir les patients de jour comme de nuit souffrant de motifs multiples et très divers. La mission du Service d'Accueil des Urgences (SAU)³ est établie selon le décret n°97-615 du 30 mai 1997 ; « *accueillir, sans sélection, vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge notamment en cas de détresse et d'urgences vitales.* ».

Chaque patient qui pousse la porte des urgences, sera accueilli par un Infirmier Organisateur de l'Accueil qui s'occupera d'identifier et d'évaluer leurs problèmes de santé selon des critères préétablis. Le but de ce concept de « tri des patients » est d'évaluer le degré de gravité du motif d'admission de chacun d'entre

¹ MACSF.fr, « Violence à l'hôpital : des solutions existent - MACSF », MACSF.fr, consulté le 5 août 2021, <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Prevention-des-risques/violence-hopital-solutions-onvs>.

² « Synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019_.pdf », consulté le 5 août 2021, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019_.pdf.

³ « SAU, Service d'accueil et de traitement des urgences - Définition - BNDS », consulté le 3 août 2021, <https://www.bnds.fr/dictionnaire/sau.html>.

eux en classant l'urgence selon l'indice de gravité qui lui correspond le mieux : urgence ressentie, urgence vraie, urgence immédiate ou urgence vitale. Cette organisation devrait permettre une meilleure coordination et gestion des admissions au service des urgences. De plus, lorsqu'elle est méticuleusement effectuée, une optimisation des délais d'attente est remarquée. En effet, selon une étude réalisée par la DREES⁴ en 2015, « *sept-patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins* ». Il s'agit tout de même de statistiques, susceptibles de fluctuer en fonction du moment de la journée.

Durant ma deuxième année de formation en soins infirmiers, j'ai effectué mon 4ème stage dans un service d'urgences adultes. Lorsque j'ai appris mon affectation de stage, j'ai été envahie par un sentiment d'appréhension en me demandant si j'allais être à la hauteur de ce service que je voyais comme très stressant et complexe de par sa diversité de spécialités (traumatologie, médecine, secteur COVID). En outre, je venais tout juste d'obtenir la formation AFGSU et je n'avais pas encore vécu de réelles situations d'urgences vitales. Or, je me suis rendue compte au fil du stage, que la diversité et la dynamique de ce service me plaisaient beaucoup et rendait chacune de mes journées plus intéressantes les unes que les autres.

Je m'appuierai tout au long de ce travail, sur deux situations qui m'ont particulièrement interpellée en suscitant de nombreuses interrogations concernant l'agressivité et la violence lors de contexte de soins. Deux notions, qui ne sont pas uniquement spécifiques au service des urgences puisque je les ai également observées ou vécues lors de mes autres stages. De la situation la plus banale (impolitesse, désaccords), aux plus impressionnantes (coups, menaces de mort), elles s'inscrivent toutes dans ce registre et suscitent pour ma part, bon nombre de questionnements.

J'ai pu constater que ce phénomène était encore plus d'actualité aux urgences, où les situations s'enchaînent, allant de menaces verbales jusqu'aux agressions physiques graves où les équipes de sécurité sont contraintes de s'interposer. Les situations sont à admettre, à analyser pour enfin comprendre

⁴ « Er929.pdf », consulté le 3 septembre 2021, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er929.pdf>.

pourquoi la violence prédomine dans ce type de service. Elle n'est pas à banaliser puisqu'elle a un impact direct sur la qualité des soins effectuée par des soignants qui sont les premiers à y être exposés.

La première situation, s'est déroulée en début de stage. Nous accueillons ce jour, Mme S à l'unité COVID avec pour motif d'admission : dyspnée, toux, déshydratation et désaturation importante. C'est son mari qui avait appelé le centre 15 puisque pour elle il était hors de question de consulter malgré son état qui ne cessait de se dégrader. Celle-ci est donc amenée par les ambulanciers qui peinent à la maintenir au calme sur le brancard. Elle est agitée et tient des propos insultants envers eux. **Quelles peuvent-être les éléments qui expliqueraient son agressivité dès son arrivée aux urgences ?** A leur arrivée au service COVID, nous assurons la suite de la prise en soin en l'installant dans une chambre isolée et en lui expliquant la suite des événements. Elle se montre mécontente envers nous, et irrespectueuse en nous coupant sans cesse la parole et continue de crier sur nous. Je ne me sentais pas très à l'aise face à cette situation puisque je n'y avais encore jamais été réellement confrontée. **Comment gérer mon appréhension face à une situation agressive qui ne relève pas du registre « habituel » ?**

Au même moment, plusieurs admissions se font au service. Nous sommes deux soignantes dans l'unité COVID et devons nous séparer pour assurer les premiers soins. Avec l'accord de l'infirmière en poste ; je m'occuperai de cette dame. En arrivant en chambre, Mme S est dans tous ses états, ne comprenant pas ce qu'elle fait à l'hôpital, elle ne veut pas rester ici et a peur d'avoir attrapé la COVID-19. Elle ne cesse de crier : « si je suis positive, j'espère que j'arriverai au moins à vous contaminer ! Vous ne méritez pas mieux ! » et son état se détériore au fur et à mesure ; elle est rouge d'énervement, hyperventile et présente des sueurs. « Je n'ai pas choisi d'être là, et je vais vous le faire savoir, vous allez vous souvenir de moi, je n'ai pas l'intention de vous laisser tranquille ». Ces mots ne cessent de résonner dans ma tête, et me déstabilisent.

A partir de là, je commence à douter de ma capacité à assurer, seule, la suite de la prise en soins de la patiente. Effectivement, j'avais déjà rencontré des situations d'agressivité et de violences lors de stages antérieurs mais pas de la sorte.

Mais pour autant, j'essaie de garder les idées claires et de me concentrer sur les priorités qui étaient les suivantes ; hydrater Mme S par une perfusion intraveineuse et mettre en place une oxygénothérapie, préalablement prescrite par le médecin. De plus, celui-ci demande un test antigénique et un test PCR pour confirmer le diagnostic de la COVID-19.

La patiente semble désemparée face à ce qui lui arrive, et me le fait comprendre puisque depuis son arrivée elle n'a cessé de me hurler des méchancetés. C'est à ce moment, que je me pose la question suivante ; **Quels sont les moyens à mettre en place pour pallier à l'agressivité de la patiente avant même d'effectuer des soins ?** Je lui explique ce que je vais faire et pourquoi je vais le faire. Je lui demande qu'elle se calme un peu, le temps du geste technique, sauf qu'elle ne semble pas prête à entendre quoi que ce soit et commence à hurler en agitant bras et jambes : « Je veux rentrer chez moi tout de suite ! ». **Enfinement, la patiente était-elle prête à recevoir les soins ? Les actes techniques prennent-ils le dessus sur l'aspect relationnel lors d'une situation d'urgence ?** La gravité de son état nécessitait, comme pour la plupart des personnes arrivant au SAU, une prise en soins rapide.

Cependant, le comportement agressif de Mme S, ses propos violents ne me laissent pas indifférente et me déstabilisent ... Elle devient de plus en plus confuse, et son état se détériore rapidement. Malgré tout, j'essaie de maintenir une communication. **Comment communiquer avec l'Autre dans une situation d'agressivité lors d'un contexte de soins ?** En effet, je ne savais plus comment m'y prendre puisque mes encouragements ne semblaient aucunement l'affecter. Je profite d'un petit moment où elle ne bouge pas ses membres ni sa tête et la prévient que je vais insérer l'écouvillon du test antigénique. A peine à l'entrée des narines, elle m'arrache l'écouvillon des mains, et le jette par terre. Tout à coup, elle reprend ses cris et hausse la voix, en me reprochant de ne pas savoir effectuer correctement les soins, que je suis incompetente, que je ne mérite pas ma place ici, que je ne serai jamais une bonne infirmière et que je mérite de mourir... **Comment gérer ma prise en soins, sans que l'agressivité n'affecte mon état d'esprit ? Comment me positionner face à des paroles, et des actes qui m'impactent ?**

Après cet instant de violences verbales, elle commence à agiter ses bras, et semblerait vouloir m'atteindre. Aussitôt, je m'écarte et me questionne sur la raison du comportement de Mme S ? **Comment réagir lorsque la communication ne semble avoir plus aucun retentissement ?** Je la laisse finir, puis je lui dis : « Qui est-ce qui m'empêche de réaliser correctement mon travail ? ». Un court instant de calme me permet de ramasser l'écouvillon au sol. Cependant, elle ne tient pas compte de ma remarque et continue à m'insulter. **Comment les violences verbale et physique de la patiente ont-elles impacté ma pratique professionnelle ?**

En effet, après avoir entendu toutes ces méchancetés, j'arrivais là au bout de mes limites...Je décide de sortir de la chambre, et de passer la main à mon infirmière référente. Par des mots si puissants employés par la patiente, cette expérience a suscité de nombreuses remises en question par la suite. **Comment me positionner, en tant qu'étudiante en soins infirmiers, face à un patient agressif lors d'une prise en soins aux urgences ? Et plus généralement, quel est le rôle de l'IDE face à une situation d'agressivité lors d'un contexte de refus de soins ?**

La deuxième situation quant à elle, s'est déroulée la dernière semaine de stage. Nous accueillons en fin de journée, un quadragénaire allemand (Monsieur V.) transféré au service des urgences par l'équipe de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (S.M.U.R) pour chute à vélo avec de possibles lésions neurologiques. C'est une réelle occasion pour moi de m'en occuper. En effet, outre le versant médical, j'y vois une opportunité linguistique. De plus, la majorité des personnes en poste ce jour-ci n'arrivent pas à communiquer en allemand. **Comment prendre en soin autrui dans un contexte d'urgence en communiquant dans une langue qui n'est pas la sienne ?**

J'installe avec une collègue le patient très rapidement en salle de déchocage et nous effectuons les premiers soins (bilan sanguin, pose de voie veineuse périphérique, soins des plaies, réfection de pansements, et mise en place du protocole douleur). Puis, les premiers examens sont entrepris par le médecin. Ce dernier ne nous permet pas de retirer le collier cervical car selon lui, il y aurait de possibles atteintes au niveau du rachis. Pour m'assurer que le patient a bien compris ; je lui répète une nouvelle fois dans sa langue maternelle que le repos strict

au lit en décubitus dorsal est de rigueur, que le collier cervical ne peut être enlevé et qu'il faut limiter tout mouvement qui risquerait d'aggraver son état actuel.

J'essaie de rassurer le patient en lui disant qu'aucun pronostic n'est engagé, et qu'il fallait garder espoir. Il me prend la main, et semble avoir confiance en moi puisqu'il me dit : « Je vous fais confiance et j'espère que vous avez raison ». Par ce geste, je me rends compte qu'il s'est établi un climat de confiance entre le patient et moi. Je me demande ainsi, si c'est le fait d'avoir communiqué avec celui-ci en utilisant sa langue maternelle, qui m'a permis d'instaurer cette « relation soignant-soigné ». En cette fin de poste, le nombre d'admission ne cesse d'augmenter, et le flux des patients est conséquent. Nous laissons à notre relève, un service surchargé...

Le lendemain, en rejoignant le service, qui a l'air plus vide que la veille, j'aperçois Monsieur V portant toujours son collier cervical debout à côté de son brancard dont les barrières étaient relevées, se dirigeant vers les toilettes. Je pose mes affaires dans le couloir pour le rejoindre au plus vite, et lui demande où il compte aller comme ça. En me voyant arriver, il se presse de rejoindre les toilettes. Je le rattrape au plus vite et en haussant le ton de ma voix lui dit « STOP, restez ici ». Il se retourne, et hurle en disant qu'il n'arrivait pas à uriner dans l'urinal qu'on lui avait fourni durant la nuit et qu'il en a assez d'attendre sur ce brancard inconfortable depuis la veille. Il rétorque qu'il était inadmissible d'attendre si longtemps pour si peu d'exams, dans des conditions si peu confortables.

L'environnement spécifique du service des urgences impacterait-il la prise en soins ? Le manque de confort et le contexte particulier des urgences auraient-ils un impact sur la qualité de la prise en soins ?

Il continue de se diriger vers les sanitaires, je m'approche de lui et lui explique calmement et en toute transparence qu'en se déplaçant de la sorte il risquerait de sérieuses atteintes neurologiques. J'essaie de me placer devant ce monsieur d'une corpulence imposante pour l'inciter à faire demi-tour et à rejoindre son brancard. Cependant, il n'en tient pas rigueur et me bouscule sans scrupules. Je trébuche mais je me rattrape à un brancard qui était heureusement placé à côté de moi. Je reprends mes esprits mais je suis offusquée par ce comportement agressif,

qui ne ressemblait pas à celui du patient que je connaissais. A ce moment-là, j'avais l'impression que la situation avait brisé la relation thérapeutique de confiance que nous entretenions il y a quelques heures de cela. **Quelles sont les raisons de cette violence ? Cette situation avait-elle rompu la relation de confiance que j'avais précédemment établie avec le patient ?**

La situation commençait à dégénérer, et j'avais l'impression de ne rien contrôler. Cependant pour sa sécurité, j'étais prête à tout pour le faire changer d'avis et l'accompagner jusqu'à son brancard. En effet, selon l'article R.4312-10 du Code de la santé publique ; « *L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient* ». ⁵Ainsi, je finis par le rejoindre, et d'un ton un peu plus directif lui demande de faire demi-tour. Pour l'inciter à le faire, j'ajoute que s'il ne le faisait pas, l'équipe de sécurité interviendrait. Un peu surpris par mes propos, il reste figé sur place et semble être prêt à écouter ce que j'ai à lui dire. **Comment la communication que j'ai utilisée avec ce patient, a-t-elle permis de le convaincre de m'écouter ?**

J'en profite alors pour lui rappeler toutes les séquelles auxquelles il s'expose en n'écoutant pas les consignes qui lui sont données. Pour qu'il s'en rende compte, je lui évoque le risque de ne plus jamais pouvoir remonter à vélo... A ce moment-là, j'avais touché un point sensible puisque sans mot dire, il se dirigea lentement vers le brancard. Avec mon aide, il parviendra à uriner dans l'urinal et il finira par rester allongé jusqu'à l'avis neurologique qui ne révélera heureusement aucune atteinte ni séquelle.

Les deux situations m'interpellent puisqu'elles soulèvent bon nombre de questionnements auxquels je n'ai pas encore de réponses. Ce Travail de Fin d'Etude me permettra d'en comprendre davantage en m'appuyant sur un questionnaire commun émanant des situations vécues en stage aux urgences ;

Dans quelles mesures l'agressivité et la violence d'un patient en refus de soins impactent-t-ils la relation soignant-soigné aux urgences ?

⁵ « Article R4312-10 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 15 septembre 2021, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496823/.

II. Problématique

Le terme « urgent » tire son origine du latin *urgere* qui signifie « *presser, dont on doit s'occuper sans retard* ». ⁶ Le service des urgences est ainsi connu comme un lieu, sous tension, où il est question d'agir rapidement. Seulement, son activité ne cesse de croître et avec environ 21 millions de passages par an, les établissements de santé de la DREES confirment la saturation des services d'urgences français ⁷. En effet, par leurs capacités d'accueil permanentes (de jour et de nuit), ils représentent un accès facile et rapide à des soins techniques de qualité. Porte principale de l'hôpital, les personnes en marge de la société (toxicomanes, sans domicile fixe, migrants, déficients mentaux, etc.) les utilisent comme un « *réseau[x] de survie* ». Une sorte de refuge, qui pour ces personnes, représente le seul accès aux soins par absence de moyens financiers, par ignorance ou inexpérience du système de santé et parfois, parce qu'ils ne sont pas acceptés ailleurs. ⁸

La diversité de patients aux urgences ainsi que les raisons pour lesquelles ils consultent en font un environnement spécifique. D'après Jean Peneff, sociologue, on associe le service des urgences à un engorgement se manifestant par une salle d'attente débordante, des box et brancards saturés, des nuisances sonores provoquées par le bruit du matériel (scope, alarmes, coup de téléphones, alarme de sortie SMUR) par les patients eux-mêmes (cris, pleurs, injures) et par les arrivées incessantes de nombreux malades amenés par les pompiers, ou le SMUR ⁹. En effet, le sociologue français dit ; « *les urgences sont une rue où la circulation est incessante* » ¹⁰.

Cette atmosphère, peut être oppressante pour des patients, algiques, âgés, seuls qui attendent des résultats ou un diagnostic depuis des heures dans ces conditions pénibles... Les plaintes relatives à cette prise en charge et notamment les

⁶ Magali Delamour et Daniel Marcelli, « Talking in emergency room: the time to listen », *Perspectives Psy* 49, n° 1 (2010): 61-67.

⁷ « 21 millions de passages aux urgences, hausse quasi permanente depuis 20 ans », Le Quotidien du Médecin, consulté le 3 octobre 2021, <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/21-millions-de-passages-aux-urgences-hausse-quasi-permanente-depuis-20-ans>.

⁸ « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire | Cairn.info », consulté le 19 novembre 2021, <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>.

⁹ Jean Peneff, « L'approche par les lieux », *Lecons De Choses*, 2005, 23-42.

¹⁰ Jean Peneff, « Deuxième partie. Urgences et démocratie », *Sciences Humaines*, 2000, 43-84.

temps d'attente jugés excessifs sont les principaux motifs de violence aux urgences d'après la synthèse du rapport 2020 de l'ONVS¹¹. **Comment distinguer les termes d'agressivité et de violence, tous deux confondus dans le langage courant ?**

Tout d'abord, l'agressivité définie par Paul Bernard et Simone Trouvé, tous deux psychiatres ; « *visé consciemment ou non, à nuire, à détruire, à dégrader, à humilier, à contraindre* »¹². Seulement, pour d'autres, comme Erich Fromm, psychanalyste, l'agressivité serait aussi un synonyme d'affirmation de soi et de combativité qui résonnerait naturellement en chacun de nous. La diversité de définitions recouvre les dimensions positives et négatives que peuvent prendre ce mot. L'agressivité devient violence lorsqu'il y a abus de pouvoir sur l'Autre et lorsqu'il n'est plus considéré. La violence, est ainsi définie par l'OMS comme étant « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre un groupe, ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence* »¹³. Bernard E. Gbézo, docteur en psychologie sociale, dans son ouvrage « *Les soignants face à la violence* »,¹⁴ en fait une bonne conclusion et écrit « *si la violence est toujours sous-tendue par une certaine agressivité, à l'inverse, toute agressivité ne se traduit par forcément en violence.* » Les deux comportements sont observables aux urgences, et pour n'en omettre aucun, nous les nommerons de manière distincte pour les discerner.

Aux urgences, les manifestations de violences sont de nature, et de conséquences très diverses. Selon le rapport de l'ONVS 2020¹⁵, les agressions de types verbales y sont quotidiennes (83%) allant de la simple remarque désobligeante jusqu'à des provocations et menaces de mort. Les agressions de type physiques sont, aujourd'hui encore trop nombreuses, représentant 17%, elles englobent les bousculades, crachats, coups, menaces avec arme, agressions sexuelles et bien d'autres.

¹¹ « *Synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019_.pdf* », consulté le 23 octobre 2021, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019_.pdf.

¹² Dominique Friard, *Aggressivité*. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012.

¹³ « *A77101_fre.pdf* », consulté le 2 mai 2022, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67410/a77101_fre.pdf;sequence=1.

¹⁴ Bernard E. Gbézo, *Les soignants face à la violence*, Pratiquer (Reuil-Malmaison: Lamarre, 2005).

¹⁵ Ibid, p. 9, ligne 1.

Quelles sont les raisons pour lesquelles les patients sont plus agressifs et violents dans un service d'urgence que dans un service quelconque ?

Les motifs de violences aux urgences relèvent principalement de reproches relatifs à une « mauvaise » prise en charge comprenant des impatiences, frustrations et incompréhensions de la part des patients. Dans ce même ordre d'idée, on retrouve le refus de soins qui serait, d'après le rapport 2020 de l'ONVS, à l'origine de 20,2% des raisons pour lesquelles on retrouve des actes de violences au sein du service.

Et pourtant, cette notion de refus de soins est officiellement encadrée par la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé. En effet, l'article L. 1111-4 stipule qu'« *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne [...]* ». Ainsi, le corps médical a pour devoir de respecter les volontés du patient en essayant tout de même de le convaincre d'accepter les soins, surtout s'il met sa vie en danger¹⁶. Cependant, s'il maintient son refus, le médecin est tenu de respecter son souhait tout en l'avertissant des conséquences auxquelles il s'expose. En effet, « refuser un soin » fait partie de leurs droits, et est stipulé dans la charte de la personne hospitalisée, exposée sur les murs des hôpitaux¹⁷. **Dans ce cas, comment le refus de soins représenterait-il une des causes de violences aux urgences ?**

Hélas, « *Certaines situations dérogent à la possibilité de refus de soins de la part du patient* »¹⁸. En effet dans certains cas, et c'est aussi ce qui fait la particularité de ce service ; les personnes admises ne sont pas conscientes et représentent une urgence vitale (inconscience, arrêt cardio-respiratoire) ou ne sont pas en capacité d'y être consentantes (état d'ébriété, décompensation psychiatrique, hospitalisation contrainte par des proches). L'article 1111-6 de la loi du 04 mars 2002 prévaut alors que « *Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence [...]* ». Les situations relevant de l'urgence permettent alors d'effectuer les soins malgré l'absence de consentement et/ou un éventuel refus de soins.

¹⁶ « LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) », 2002-303 § (2002).

¹⁷ « Charte_a4_couleur.pdf », consulté le 30 novembre 2021, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf.

¹⁸ A Santin, C Rey-Salmon, et B Renaud, « Les refus de soins », s. d., 8.

Cependant, certaines conditions doivent s’y prêter ; « *mise en jeu du pronostic vital du patient, absence d’alternative thérapeutique* ». En clair, « *tous les actes accomplis indispensables à la survie et proportionnés à l’état du patient* » sont acceptés malgré l’absence de consentement du patient. En effet, d’un point de vue législatif, les juges d’appel considèrent que l’obligation déontologique de protéger la santé du patient prévaut sur l’obligation légale de respecter la volonté de celui-ci.¹⁹

Les causes de refus de soins sont multiples, et ce plus particulièrement aux urgences. En effet, diverses raisons légitimes comme la douleur, la crainte, l’impatience, un état second (prise de toxiques, décompensation psychiatrique) peuvent expliquer cette opposition au moment de leur prise en soins dans ce service²⁰.

Aline Mauranges, psychologue clinicienne, relate dans son ouvrage « Stress, Souffrance et Violence en milieu hospitalier » ; « *la maladie met le sujet en situation de frustration et d’insatisfaction [...] Douleur physique, souffrance psychologique et angoisse de mort viennent alimenter les causes premières d’un comportement jugé parfois insupportable par sa violence comportementale, verbale et physique.* ».²¹

Malgré le comportement agressif de patients violents aux urgences et un risque élevé de passage à l’acte, le professionnel de santé doit tout mettre en œuvre pour prodiguer les soins indispensables à la survie du patient et ce, malgré son refus. Pour ce faire, il doit parvenir à entrer en relation avec celui-ci. La notion de relation est mise en avant dans le rôle propre de la profession infirmière, et est notamment abordée dans le Code de la Santé Publique article R.4311-2 « *Les soins infirmiers [...] intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* »²².

¹⁹ « Le refus de soins (Article L.1111-4 du code de la santé publique) - APHP DAJDP », consulté le 13 novembre 2021, <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/le-refus-de-soins-article-l-1111-4-du-code-de-la-sante-publique/>.

²⁰ MACSF.fr, « Responsabilité du soignant en cas d’opposition aux soins », MACSF.fr, consulté le 30 novembre 2021, <https://www.macsfr.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/refus-de-soins>.

²¹ Aline Mauranges, *Stress, Souffrance et violence en milieu hospitalier : Manuel à l’usage des soignants*, (MNH ; 3^{ème} édition, 2006, p.157)

²² « Article R4311-2 - Code de la santé publique - Légifrance », consulté le 10 décembre 2021, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889/.

De plus, elle figure dans bels et bien d'autres supports officiels ; tel que le référentiel de formation, d'activités et de compétences détaillant les capacités relationnelles nécessaires à l'exercice de la fonction d'IDE.

La relation, synonyme de lien est ; une interaction concernant au moins deux êtres humains. Par cette définition générale, découlent différents types de relations décrits par Anne Masseboeuf, psychologue. Elle différencie les relations suivantes ; relation de civilité, de compréhension/soutien/réassurance et enfin, la précieuse relation soignant-soigné ou communément appelée ; relation d'aide.

Cette relation qui s'établit entre le patient et l'infirmier dans un contexte de soins est une relation impliquant un objet soignant et un objet soigné. Jean Argenty, infirmier et auteur, définit cette relation soignant-soigné comme étant ; « *une relation humaine d'un type particulier mettant en jeu des interactions spécifiques à ce type de relation entre une entité humaine soignée et une entité humaine soignante* »²³. Certains auteurs comme Christine Sorsana, appuie cette définition en mettant en avant une notion « d'asymétrie » entre le soignant qui délivre des soins à une personne qui en bénéficie ; le patient. D'autres, comme Monique Formarier, infirmière titulaire d'une maîtrise en Sciences et techniques sanitaires et sociales, pensent qu'il serait plus judicieux de tendre vers une « relation symétrique » afin de favoriser une relation égalitaire entre les deux sujets.

Dans tous les cas, la relation est définie comme un lien d'influence réciproque. C'est-à-dire que les personnes prenant part à la relation sont susceptibles d'agir mutuellement les unes sur les autres. D'une part, on retrouve le patient, avec sa propre histoire de vie, ses craintes et angoisses face à la situation préoccupante dans laquelle il se trouve (maladie, attente de diagnostic). D'autre part, le soignant vu par le patient comme étant « *un technicien doté d'un savoir et d'un savoir-faire* », doté lui aussi, de sa propre personnalité.

En effet, Anne Masseboeuf et Alexandre Manoukian, psychologues, témoignent ; « *La relation est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires.* ».

²³ Jean Argenty et Régine Maufoux-Immergout, *Précis de soins relationnels*, Étudiants IFSI (Rueil-Malmaison: Éd. Lamarre, 2012).

Les attitudes des deux sujets sont ainsi susceptibles d'orienter le cours de la relation qui se créera. De cette façon, on peut en déduire que chaque relation est singulière, créée et investie par les individus qui la font vivre. Pour le peu, qu'elle soit unique, elle n'est, pour autant, non immuable. En effet, Monique Formarier considère la relation comme un élément dynamique. Les relations ne sont pas figées, elles se construisent au fil du temps, au fil du soin et l'auteure les décrit comme étant « *imprévisibles, ce qui les rend, quel que soit le contexte, toujours délicates* ».

Selon les témoignages de l'ONVS, les relations entre soignants et patients peuvent « *dégénérer en un trait de temps* » pour des raisons diverses et variées. Cette imprévisibilité peut être illustrée par les affects qui occupent une grande place dans la relation de soins, en étant susceptibles de l'impacter de manière positive ou négative. Les émotions que vivent le patient et sa famille peuvent représenter « *des parasites qui font obstacle à une relation facile et spontanée* »²⁴. En effet, dans le rapport ONVS, les soignants appuient le fait que les actes, et comportements violents font obstacle à la mise en place de la relation, impactant considérablement la qualité de la prise en soins. Certains, abordent la notion de « *réurrence de la violence* », participant à leurs épuisements professionnels et personnels. Les effets de la violence ne s'arrêtent pas là, mais affectent également les autres patients présents dans le service lors des manifestations d'agressivité ou de violence (stressés, apeurés, sentiment d'insécurité).

La relation est ainsi influencée par les affects, les attitudes qu'adoptent soignant et patient lors de leur rencontre. Par la communication, le patient au service des urgences va emprunter des indices verbaux qui renseignera l'IDE sur le niveau d'agressivité et de violence dans lequel il se trouve. Au début, le patient questionne de manière sarcastique. Ensuite, vient le refus, où le patient ne coopère plus et s'oppose totalement aux soins. Une protestation énergique, l'amplification du ton de la voix ainsi que l'utilisation d'injures sont de mauvais présages au passage au niveau supérieur ; celui dans lequel l'individu perd totalement le contrôle.

²⁴ Monique Formarier, « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers* 89, n° 2 (2007): 33-42.

Les personnels de santé mentionnent dans le rapport ONVS 2020, les effets négatifs qu'ils ressentent dans ces cas ; angoisse de faire les soins, atteinte psychologique, frustration.

Face à une relation conflictuelle, Marshall B. Rosenberg, docteur en psychologie clinique, décrit le réflexe de Communication Non Violente composé de quatre principes basés sur ; l'observation, les émotions, les besoins et demandes. Selon lui, cet outil permettrait de désamorcer les situations relevant de l'agressivité, en permettant d'établir un courant de communication avec autrui. C'est grâce à la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, qu'une relation peut se créer.²⁵

Communication, vient du latin *communicatio* et selon le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers²⁶, signifie « *relation entre deux personnes au moins, quel qu'en soit le moyen ou l'objet* ». La manière de communiquer aura des répercussions directes sur la relation avec autrui ; qu'elles soient mélioratrices ou péjoratives. José Grégoire, spécialisé en psychothérapie, aborde cette notion dans son ouvrage La communication dans la relation ; « *La communication clarifie ou obscurcit la relation, [...]* »²⁷.

Cette aptitude à communiquer est illustrée par la compétence 6 (Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins) appartenant au référentiel de compétences devant être maîtrisées par les professionnels de santé (Annexe 1). Les compétences en général, sont exercées en formation théorique mais dans le Dictionnaire des Concepts de la professionnalisation, Gwenaël Lefeuvre, Maître de conférences Sciences de l'éducation, souligne que : « *le développement des compétences professionnelles passe par l'expérience* ».²⁸ Celle-ci s'acquière selon Patrick Mayen, professeur des Universités en Didactique professionnelle ; par « *l'expérience vécue [...] qui produit des manières de penser, de réagir, de ressentir et d'agir.* » Il y associe le concept de professionnalisation, qui confère aux

²⁵ Cours UE 4.2 « Soins relationnels »

²⁶ Marguerite Potier et Nicole Loraux, *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*, Les fondamentaux (Rueil-Malmaison: Lamarre, 2002).

²⁷ José Grégoire, « La communication dans la relation », *Hors collection*, 14 mars 2019, 249-57.

²⁸ Gwenaël Lefeuvre, *Compétence professionnelle* (De Boeck Supérieur, 2013), <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-concepts-de-la-professionnalisati--9782804188429-page-65.htm>.

professionnels de santé « *la compétence de reconnaître et situer une situation nouvelle dans une classe de situations déjà identifiée.* » Une sorte d'automatisation, liée à l'expérience vécue qui leur permet d'agir de manière plus réflexive qu'une personne inexpérimentée ou débutante dans le milieu.

Néanmoins, face aux manifestations agressives ou au comportement violent d'un patient aux urgences, l'IDE malgré ses valeurs, ses compétences et son professionnalisme ; peut éprouver des difficultés à mettre en place une communication adaptée lors de situations complexes. Ce contexte instable, provoquant crainte et appréhension chez les patients et soignants a un impact direct sur le fonctionnement du service. En effet, face à cette situation, les personnels soignants relatent également l'impact négatif de la violence avec pour principale conséquence un « *défaut de prise en charge et non-respect du projet de soins et du projet de service* ». ²⁹

En définitive, la relation soignant-soigné est impactée lors d'un refus de soins par un patient agressif ou violent aux urgences. En effet, face à des situations relationnelles complexes, le personnel de santé peut se trouver en difficulté lors de la prise en soins des patients. La violence dans les services d'urgences persiste et les soignants continuent d'évoluer dans cet environnement, non propice à la dispensation de soins de qualité.

Les différents concepts mis en exergue dans cette introduction m'amènent à me questionner quant à la problématique suivante :

En quoi la communication de l'infirmier(ère) améliore-t-elle la prise en soins d'un patient agressif ou violent en refus de soins aux urgences ?

²⁹ « Synthèse_rapport_onvs_2020_donnees_2019_.pdf ».

III. Développement

A. Le positionnement de l’infirmier des urgences, par sa communication, permet de prévenir la genèse d’une relation conflictuelle

1) La communication verbale et para-verbale, vectrices d’informations est primordiale dans cet environnement générateur de stress

Les nuisances sonores, les va-et-vient incessants, l’afflux de patients, font des urgences un environnement particulier aux yeux de tout *quidam*. En effet, pour celui-ci ; être admis aux urgences n’est pas anodin. Le patient se retrouve tout à coup dans un environnement méconnu, dont il ne connaît ni le fonctionnement, ni son organisation. Déjà très angoissé par son état de santé actuel, il se retrouve alors démuni dans cet environnement qu’il ne maîtrise pas.

Selon le rapport de l’ONVS³⁰, les « *incompréhensions du fonctionnement du service, des droits et devoirs des patients* » sont susceptibles d’engendrer des situations de frustration, pouvant aller jusqu’à l’agressivité et la violence. Cette escalade de sentiments, et d’émotions négatives peut être évitée par une information apportée par le biais de la communication que nous établissons auprès des patients tout au long de leur prise en soins.

La communication est synonyme de transmettre, de faire passer un message et d’informer. Au-delà de cette définition succincte, Virginia Henderson, infirmière américaine renommée, la définit comme appartenant aux 14 besoins fondamentaux de l’Homme. De cette manière, on peut se permettre de la définir plus précisément comme un besoin, soit ; « *une nécessité vitale que la personne doit satisfaire afin de conserver son équilibre physique, psychologique ou spirituel pour se maintenir en vie et assurer son bien-être.* »³¹

J’ai remarqué durant mon stage, que ce besoin de communiquer est intensifié chez les patients des urgences qui sont constamment en attente et en demande d’informations concernant la suite de leur prise en soins (attente médecin, examens, résultats, devenir). Ces questionnements sont tout à fait légitimes

³⁰ *Ibid*, page 15.

³¹ Laurence Rousseau-Pitard, Élisabeth Peruzza, et Nathalie Claret, *Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et de fin de vie: UE 4.1, 4.2, 4.7*, Cahiers des sciences infirmières 18 (Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson, 2010).

puisqu'ils sont légiférés par la loi du 4 mars 2002, qui reconnaît un droit général pour toute personne, d'être informée sur son état de santé par les professionnels. Et pourtant, ces derniers se retrouvent parfois confrontés à des facteurs comme le temps limité, les interruptions fréquentes dans les soins, ou le bruit ambiant qui limitent la diffusion de l'information et la bonne communication avec les patients.

Néanmoins, l'infirmier des urgences doit être conscient de tous ces facteurs désorganisateurs pour assurer malgré tout, une communication verbale rassurante auprès des patients et les tenir régulièrement informés. Dans le cas échéant, le besoin « communiquer » du patient risque de ne pas être satisfait et est susceptible d'entraîner des conséquences qui peuvent être facilement prévenues par ce moyen qu'est : la communication.

Celle-ci passe tout d'abord par le choix des mots employés mais elle ne se réduit pas à cela, puisque l'intonation de la voix, le rythme de parole, le type de langage utilisé sont tout aussi primordiaux dans la manière de s'exprimer. Cette communication para-verbale a toute son importance dans la manière de dire les choses au patient et a un réel impact sur la relation qui va s'établir avec lui.

En effet, aborder le patient avec des mots simples, une voix claire et douce, au timbre rassurant permet d'instaurer un climat de confiance, et d'apporter du réconfort au patient, dans cet environnement bruyant et angoissant.

2) La communication non verbale, outil de considération à l'égard du patient, influence l'attitude de l'infirmier et facilite l'entrée en relation

La diversité de patients rencontrée aux urgences, implique que tous, ne sont pas en mesure de communiquer verbalement avec le personnel soignant. En effet, certains d'entre eux ne sont pas francophones, sont intellectuellement limités ou bien se retrouvent dans un contexte émotionnel particulier (état de choc, décompensation psychiatrique).

Et pourtant, Paul Watzlawick, par sa célèbre citation, affirme le contraire : « *On ne peut pas ne pas communiquer* »³². En effet, même dans les situations où la

³² Paul Watzlawick et al., *Une logique de la communication*, Points 102 (Paris: Éd. Points, 2014).

communication verbale est difficile à mettre en place, un autre type de communication s'installe naturellement et inconsciemment chez le soignant : la communication non verbale.

Blanchon Carine, infirmière clinicienne et praticienne en pratiques psychocorporelles, dans son ouvrage : Toucher relationnel au cœur des soins, affirme effectivement, qu'il existe une communication non verbale entre les êtres humains, dont « *ils n'ont souvent pas conscience et qui dépasse, à leur insu, les informations qu'ils ont voulu transmettre par leurs paroles* ». ³³ Ainsi, la communication non verbale est utilisée par chacun d'entre nous, à chaque instant et de manière involontaire. Nos réactions, et nos émotions face à certains contextes ne sont pas dissimulables.

En effet, même lorsque nous ne parlons pas, notre regard, nos mimiques, notre posture, nos gestes et notre attitude générale renvoient des informations, parfois plus explicites et authentiques que nos paroles elles-mêmes. De cette manière, Bruno Joly, dans son ouvrage : La communication interpersonnelle appuie ce fait en affirmant que « *L'impact que nous avons sur quelqu'un dépend davantage de notre communication non verbale que notre communication verbale.* » ³⁴ Cette notion est courante et ce, notamment lors de la première rencontre entre deux individus, qui se révèle être déterminante dans la suite de la prise en soins.

En effet, un soignant dont le corps est détendu, avec un regard franc et qui affiche un sourire sera davantage apprécié par le patient, en quête d'informations et de réassurance. Cette attitude bienveillante, permet d'entrer plus facilement en contact avec notre interlocuteur puisque celui-ci se sentira plus en confiance et plus en mesure d'entrer en relation.

Une main posée sur l'épaule, un sourire, ne peuvent qu'inciter le patient à tempérer son angoisse, ou son mécontentement. De petits gestes respectueux, qui

³³ Carine Blanchon, *Le toucher relationnel au cœur des soins* (Paris: Elsevier, 2014).

³⁴ Bruno Joly, « Chapitre 2. La communication interpersonnelle », *Le point sur... Marketing*, 2009, 11-68.

s'avèrent rassurants et qui permettent très souvent, d'anticiper certaines réactions futures ; comme de l'agressivité ou un passage à l'acte violent.

Finalement, la posture professionnelle de l'infirmier, conditionnée en grande partie par la communication non verbale empruntée, doit permettre au patient de se sentir considéré et de l'amener plus facilement vers une relation qui permette une prise en soin adaptée à la situation.

3) La communication de l'infirmier permet d'aboutir à l'adhésion du patient aux soins

Dans de nombreux cas, le service des urgences n'est pas une option délibérément choisie et approuvée par le patient. Ainsi, les personnes hors d'état d'exprimer leur volonté (état de choc émotionnel, état d'ébriété, décompensation psychiatrique, etc.) se retrouvent malgré eux, devant des professionnels de santé qui tentent de leur prodiguer les premiers soins.

Obtenir l'adhésion du patient représente un gage de réussite pour une prise en soins optimale. Dans le cas échéant, les situations de refus de soins se résument à des scènes d'agressivité et de violence ; menaces, insultes, coups, morsures qui ne sont pas propices à la dispensation de soins dans des conditions favorables.

La communication de l'IDE joue alors un rôle capital dans cet enjeu. En effet, elle représente une condition essentielle au bon déroulement du soin. Peut-on imaginer une seule seconde, réaliser un geste technique, tel que la pose d'une sonde nasogastrique, à un patient qui refuse qu'on le touche et qui s'agite au point qu'il risquerait de se blesser ? Mais alors comment s'y prendre pour mieux lui faire accepter les soins ?

Dans la majorité des cas, le refus de soins peut ainsi être résolu par la communication. En effet, dans l'article Enjeu communicationnel dans le système hospitalier, les auteurs relatent que la communication « *est la condition d'une mise en confiance nécessaire à la compliance au traitement, à son bien-être, [...] c'est-à-dire au bon déroulement de son séjour à l'hôpital.* ». Ainsi, la communication est l'outil principal de l'infirmier, sans qui, aucune entrée en relation n'est possible.

En effet, la communication est au cœur de notre métier et sonne dans notre quotidien de soignants comme une évidence en y occupant une place prépondérante dans la relation que nous entretenons avec les patients. Effectivement, avant même d'envisager de réaliser un soin quel qu'il soit, il est fondamental de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires qui faciliteraient l'entrée en relation.

En ce sens, par la communication, l'infirmier peut transmettre des informations, rechercher son consentement, lui expliquer le soin, et le rassurer par des gestes et une attitude bienveillante à son égard. L'infirmier doit également s'assurer que les informations délivrées soient assimilées et doit vérifier que le patient ait bien compris pourquoi il est important de réaliser ce soin, cet examen. Cette compréhension écarte et diminue le risque de refus de soin. N'oublions pas que l'objectif principal du soignant est d'amener le patient vers une adhésion aux soins.

B. L'infirmier des urgences acquiert au fil de sa carrière, des compétences communicationnelles qui facilitent l'installation d'une relation avec le patient

1) L'infirmier des urgences peut appliquer la stratégie de communication non-violente pour prévenir et résoudre une situation conflictuelle

La communication est un concept très riche, englobant diverses attitudes et compétences, occupant une place prépondérante dans notre profession infirmière.

Ainsi, au fil des années, de nouveaux outils de communication voient le jour. Certains d'entre eux offrent la possibilité de prévenir et gérer des situations conflictuelles. Parmi eux, on peut nommer la Communication Non Violente (CNV), fondée dans les années 80 par Marshall B. Rosenberg, docteur en psychologie clinique. Cette méthode vise à créer entre les êtres humains des relations fondées sur l'empathie, le respect de soi et des autres, tout en s'inspirant de la pensée de Gandhi, afin de tendre vers une coopération harmonieuse entre les sujets.

En tant qu'étudiant en soins infirmiers, la place des soins relationnelles est fondamentale durant notre parcours à l'IFSI, et surtout auprès des patients.

En effet, les formateurs nous transmettent au travers des Unités d'Enseignement, toutes les clés nécessaires à l'instauration d'une relation soignant-soigné dans l'exercice de notre future profession. C'est ainsi, au travers de l'UE 4.2 relative aux soins relationnels, qu'une base d'apprentissage concernant la CNV nous a été inculquée. L'enseignement théorique a mis en lumière les quatre étapes fondamentales de cette stratégie de communication : l'observation, l'expression des sentiments, la clarification des besoins, et la formulation de demandes (annexe 2).

Cette technique communicationnelle est superposable à l'exercice de notre métier. Elle représente notamment un allié précieux lors de situations conflictuelles puisqu'elle peut être une aide à la résolution de conflits.

En ce sens, l'infirmier des urgences qui se trouve face à un patient menaçant peut clarifier et désamorcer la situation de cette manière par exemple : « Je vois que vous êtes furieux du temps d'attente (observation), je suis submergé par le flux important de patients aujourd'hui (sentiments) et j'ai besoin d'un peu de votre compréhension (besoin) et vous demande de vous asseoir et de patienter calmement jusqu'à l'arrivée du médecin (demande). »

Réalisée de cette façon, la CNV permet de formuler des demandes concrètes, permettant de prévenir le risque de survenue d'un problème ultérieur, comme ici ; un passage à l'acte violent. Ce « *langage de cœur* » permettrait ainsi, de communiquer avec le patient d'une manière qui favoriserait la compréhension et l'acceptation du message tout en lui apportant de l'attention.

En effet, selon Marshall B. Rosenberg, une demande a toutes les chances d'être entendue si elle respecte les conditions suivantes : simple, claire, précise, explicite, active et positive.

Ce concept de CNV, qui peut paraître utopique aux yeux de certains, se révèle être d'une grande efficacité dans le domaine du soin. En effet, de nombreuses formations voient le jour pour offrir la possibilité aux soignants de s'exercer à cette pratique qui se développe peu à peu dans les structures de soins.

2) Les compétences relationnelles, au cœur de la formation d’Infirmier Organisateur de l’Accueil ; déterminent la qualité de la prise en soins à venir

L’accueil du patient est la première étape de son parcours de soins aux urgences, étant primordial, il impacte sur son état d’esprit très fragile à son arrivée au service. L’infirmier Organisateur de l’Accueil (IOA), première personne qu’il rencontre, a pour mission d’établir en quelques minutes une évaluation clinique du patient au travers d’un recueil de données précis, qui permettra de définir le degré de gravité de la situation. On peut ainsi se questionner sur l’importance de « l’accueil » dans ce service où « l’urgence » prime ?

Le Pr. Adolphe Steg³⁵, auteur de rapport fondateurs sur le service des urgences, admet que dans « *accueil des urgences* » chacun des deux termes est important. Il les distingue, en affirmant que le concept « *urgence* » renvoie à une approche médicale et technique, prioritaire dans ce service. Toutefois, il soutient aussi l’idée que le concept « *accueil* », c’est-à-dire l’approche humaine et psychologique est non moins importante.

L’accueil constitue en ce sens, un véritable soin relationnel s’instaurant entre le patient et l’IOA. La communication verbale, non-verbale et para-verbale de celui-ci doivent permettre de rassurer le patient dont l’angoisse est à son maximum dès son arrivée aux urgences.

En effet, ce dernier, en totale perte de repère, se retrouve devant un professionnel de santé inconnu à ses yeux, à qui il doit confier des renseignements confidentiels sur sa santé. L’infirmier doit être conscient de cet aspect paradoxal qu’il doit surmonter grâce à ses compétences et qualités relationnelles pour parvenir à installer cette relation de confiance et répondre au mieux aux attentes de ces patients en détresse.

Toutes ces compétences organisationnelles, relationnelles et cliniques sont le fruit d’une posture professionnelle réfléchie enseignée durant la formation que

³⁵ Ségolène Delaby, « L’accueil, le premier soin aux urgences », *Soins* 63, n° 825 (mai 2018): 34-37, <https://doi.org/10.1016/j.soins.2018.03.008>.

suivent les infirmiers pour aboutir au statut d'IOA. Leurs missions sont multiples, mais la principale est mise en avant dans le référentiel 2020 de l'IOA : « *mettre en place une relation de confiance et poser les bases d'une relation soignant-soigné de qualité* ».

L'objectif ultime de cet entretien d'accueil, est de faire comprendre et accepter les soins au patient dans les meilleures conditions. Cette prise en soins holistique est satisfaite par une installation adaptée, une écoute bienveillante, une surveillance clinique appropriée, un apport d'informations indispensable concernant le fonctionnement du service et notamment la prise en charge de la douleur, très souvent présente chez les patients à leur arrivée au service.

Ainsi, le soignant doit être conscient que ce premier contact est primordial puisque c'est celui dont se souviendra le patient et celui qui risquerait de déterminer la suite de la relation.

Finalement, la qualité de l'accueil assurée par l'IOA permet de prévenir tout risque de mécontentement en répondant aux incompréhensions, aux attentes, aux besoins et aux frustrations des patients. Ainsi, lorsqu'il est effectué de la sorte, l'accueil permet de prévenir toutes situations à risque d'agressivité et de violence, par l'instauration d'une relation dès le début de la prise en soins.

3) L'expérience professionnelle permet à l'infirmier des urgences d'acquérir des compétences qui conditionnent la relation soignant-soigné

Être infirmier aux urgences ne s'improvise pas, et demande aux soignants une mobilisation importante de leurs savoirs théoriques et pratiques. En effet, les situations de soins aux urgences n'appartiennent pas au registre de la banalité et demandent aux professionnels d'être compétents, et ce, surtout lorsque l'urgence prime.

Durant mon stage, je me suis trouvée maintes fois face à des situations inédites devant lesquelles je ne me sentais ni sereine ni compétente pour entrer en relation avec le patient. Pourtant, les professionnels de proximité ne paraissaient ni surpris, ni embarrassés dans leur prise en soins.

Je me questionne alors, concernant l'attitude que j'aurais adoptée devant ce type de situation, mais cette fois en occupant le statut d'infirmière exerçant depuis une dizaine d'années dans le service.

L'une des différences entre un jeune infirmier diplômé et un professionnel de santé avec plus d'ancienneté, réside dans la notion suivante : l'expérience. En effet, durant tout le long de sa carrière, l'infirmier est confronté à la réalité du terrain qui forge ses manières d'agir et de réagir au fil des situations rencontrées.

Patrick Mayen, professeur des Universités en Didactique professionnelle, illustre cette notion en la reliant au concept de professionnalisation qui signifie : « *avoir et faire des expériences, être expérimenté, avoir rencontré des situations, des tâches, des problèmes, des événements qui forment des ressources pour les expériences à venir.* »³⁶

Un soignant expérimenté, sera habilité à reconnaître et « *situer une situation dans une classe de situation déjà identifiée* »³⁷. En ce sens, un soignant qui a déjà vécu des situations conflictuelles, sera plus à même d'en reconnaître les signes annonciateurs, les facteurs favorisants et les conduites à tenir. Seulement, pour reconnaître un type de situation relationnelle déjà vécu auparavant, le soignant doit être capable de ne pas se focaliser uniquement sur le soin lui-même.

En effet, l'aptitude pratique et la maîtrise des gestes techniques qu'acquiert le soignant au fil de son expérience, lui permettent de se détacher peu à peu du soin et d'accorder plus d'importance aux soins relationnelles. Cette compétence est nécessaire dans un service d'urgence, où les patients, très anxieux, ont ce besoin d'explication et de réassurance, au risque de ne pas être compliant aux soins.

L'expérience de l'infirmier, permet au soignant de se professionnaliser dans ses pratiques. Les compétences qu'il construira, lui permettront d'être un infirmier professionnalisé qui adaptera son comportement et sa communication face à un patient agressif ou violent.

³⁶ Patrick Mayen, *Expérience professionnelle* (De Boeck Supérieur, 2013),

³⁷ Idem.

C. Face à l'agressivité et à la violence, l'infirmier est confronté aux limites de la communication et doit de ce fait ; travailler en équipe pour y remédier

1) L'infirmier au cœur de la prise en soins, est une personne vulnérable avec ses propres craintes et faiblesses

Alors que l'infirmier a choisi d'exercer un métier visant à soulager et à aider les autres par les soins qu'il prodigue, le voilà qu'il se trouve confronté à des situations délicates qui remettent en question ses convictions. Malgré leur investissement considérable, les soignants sont susceptibles de vivre selon Michel Delbrouck, auteur de Le burn-out du soignant³⁸, un « *écart important entre leurs attentes irréalistes et leur travail au quotidien* ». En effet, dans certaines situations de refus de soins, d'agressivité et de violence, il arrive que le patient ne soit pas en état d'offrir cette qualité relationnelle attendue. Ces situations ne permettent pas toujours à l'infirmier de mettre en place une relation d'aide avec le soigné et sont donc susceptibles de provoquer chez le soignant, un sentiment « d'échec ».

Derrière son uniforme professionnel, l'infirmier reste avant tout un être humain sensible, doté de sa personnalité, et de ses propres limites qui fixent son seuil de tolérance face à certains événements qui rythment sa carrière de soignant. Les situations et événements que vivent les individus dans leur quotidien de soignant les heurtent de manière singulière. En effet, les attitudes de chacun seront, en partie, déterminées par leurs expériences passées, leur personnalité et leur vécu personnel.

Stress, craintes, angoisses sont des émotions qu'ils peuvent ressentir durant l'exercice de leur fonction. L'impact psychologique est d'autant plus important, si ce sont des situations récurrentes dans leur pratique. Dans le rapport de l'ONVS³⁹, les soignants en font le témoignage suivant : « *angoisse de faire les soins* », « *frustration* », « *sensation de mal faire les soins* ». Les situations délicates, rencontrées au service des urgences, sont susceptibles de les exacerber. En ce sens,

³⁸ Michel Delbrouck, « 7. La situation des infirmières », *Oxalis* 2 (2008): 165-82.

³⁹ « *Synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019_.pdf* ».

l'infirmier peut ressentir le besoin de « passer le relai » ou « passer la main » à un collègue. Dans ce cas, il est encouragé à le faire, au risque de se mettre en difficulté et d'envenimer la relation avec le patient.

En effet, aux contextes relationnels difficiles, s'ajoute la nécessité de réaliser les soins dans les plus brefs délais ainsi qu'une conjoncture socio-économique imposant « *une intensification du rythme global du travail infirmier [...]et un manque de moyens ne permettant pas d'atteindre la qualité de travail souhaitée* »⁴⁰. Aux situations relationnelles infructueuses, se greffent les notions perturbatrices citées ci-dessus, qui participeraient à l'accroissement du Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants. Ce dernier affecterait, selon des études épidémiologiques européennes : « *le quart des infirmières d'hôpitaux généraux, tous services confondus* »⁴¹. Ces chiffres ne sont pas à ignorer puisqu'ils témoignent des traumatismes physiques et psychologiques dont peuvent souffrir les soignants.

Pour prévenir cela, de nombreuses formations leur sont proposées et la promotion d'un travail d'équipe est effectuée autour d'une réflexion collective portant sur des analyses de pratiques.

2) Lorsque les mots n'ont plus d'impacts ; se former à d'autres pratiques est nécessaire pour la sécurité de tous

Malgré le professionnalisme du soignant, la complexité de certaines situations d'agressivité ou de violence aux urgences ne peuvent être prévenues et gérées. En effet, dans certains cas, les mots des soignants ne suffisent plus à accompagner les maux des patients.

Occupant une place prépondérante dans la prise en soins du patient, le soignant peut très vite se retrouver dans une situation inconfortable, nécessitant la mise en place d'autres moyens indispensables à sa sécurité. Face à ces circonstances, certains établissements de santé choisissent de renforcer leurs dispositifs de sécurité en incitant leurs salariés à participer à des formations avec comme objectif clair : assurer leur protection.

⁴⁰ *Ibid*, page 24.

⁴¹ *Ibidem*.

Pour illustrer mes propos, nous prendrons l'exemple de la formation OMEGA, développée au Québec, en partenariat avec l'Association paritaire pour la Santé et la Sécurité du Travail du Secteur (ASSTSAS) et dont la mission principale est la suivante : « *développer chez le soignant des modes d'intervention pour assurer sa sécurité et celle des autres en situation d'agressivité et de violence* ». ⁴²

Les apports théoriques de la formation permettent d'identifier les situations à risque et d'en comprendre les mécanismes de mise en place. La partie pratique, quant à elle, s'organise autour de discussions permettant un partage d'expériences et de simulations au travers de jeux de rôles. Les mises en scène permettent de mettre en pratique les postures sécuritaires ainsi que des gestes d'autoprotection. Toutes les techniques enseignées, et tous les points abordés doivent permettre au soignant d'adopter les meilleures pratiques en cas d'agression.

L'initiation de ce projet est à poursuivre puisque de nombreuses modifications positives ont été recensées après la participation à cette formation. En effet, selon une étude menée par l'équipe de recherche du Centre d'étude sur le trauma, les membres du personnel des urgences relatent qu'ils : « *éprouvent moins de détresse psychologique* », « *ont moins peur d'être exposés à de la violence au sein de leur unité* ». ⁴³

Lors de notre parcours à l'IFSI, nous avons eu la chance de bénéficier d'une initiation à la formation OMEGA, où l'intervenant a concentré ses explications sur la méthode de pacification de crise. « OMEGA » n'est pas la seule formation antiviolence qui existe. En effet, la formation d'IOA propose, elle-aussi, une partie concernant la notion de gestion des personnes violentes.

Finalement, tous ces enseignements n'ont d'autre but que de préserver la sécurité des travailleurs en leur fournissant des techniques à utiliser lorsqu'une situation leur échappe. Certes, personne ne peut se préparer à toutes les situations, mais les formations permettent d'aborder les plus communes et de détailler les

⁴² « Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales », Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales, consulté le 12 avril 2022, <http://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>.

⁴³ Richard Boyer, Stéphane Guay, et Jane Goncalves, « La formation Oméga, ça marche ! », s. d., 3.

principales conduites à tenir. Les participants affirment effectivement, qu'après avoir bénéficié de ce type d'exercice, ils « *se sentent davantage outillés pour faire face aux tensions* ».

Lorsqu'elle est correctement investie, certains infirmiers rapportent également, que trois mois après la formation ils notent « *une amélioration de leur santé globale* ». L'amélioration de la qualité de vie au travail contribue à réduire le risque d'accident de travail, d'arrêt de travail et permet de prévenir le SEPS.

3) Le travail d'analyse de pratiques réalisé par l'équipe pluridisciplinaire, représente un moyen efficace à la prise en charge de situations complexes

Au quotidien, l'infirmier des urgences vit de nombreuses situations susceptibles de l'interpeller en questionnant ses pratiques. Seulement, certaines, par leur intensité ou leur singularité, l'impactent plus profondément. Le degré d'urgence ne lui permet pas toujours de se questionner au moment de l'action, puisque dans la majorité des cas, il est impératif d'agir dans les plus brefs délais. En effet, Philippe Perrenoud, sociologue, différencie deux types de processus de questionnement ; « *la réflexion dans le feu de l'action* » et « *la réflexion sur l'action* ». Mais alors, existe-t-il un moyen concret qui permette aux soignants de se questionner à *posteriori* ?

Face à la récurrence de certaines problématiques, les établissements de santé proposent à leurs équipes de réaliser des Analyses de Pratiques Professionnelles, ou appelées plus communément : staff, supervision. Ces groupes de travail sont largement encouragés depuis la réforme du référentiel infirmier (2009), et dont l'un des principaux intérêts est de faire tendre les professionnels de santé à atteindre une pratique réflexive.

Selon l'HAS, la pratique réflexive amène le professionnel « *à réfléchir sur sa pratique de manière critique et constructive en créant des liens avec les connaissances pour analyser l'action après qu'elle se soit déroulée.* ». Cette réflexion à post-événement permet au professionnel de mettre des mots sur sa pratique et sur ses difficultés à y faire face. Cette verbalisation lui permettra, sans doute, de se sentir plus serein face à une situation qui a suscité chez lui des émotions

incommodantes, susceptibles d'influencer ses prochaines prises en soins : inquiétudes, tristesse, craintes, anxiété, etc. Cet aspect est mis en avant par la définition « d'analyse de pratique » que propose Francis Alfödi, docteur en sciences de l'éducation, « *travail de distanciation [...] sur l'exercice de leur métier dans les situations de terrain qui mettent en difficulté ou posent questions* »⁴⁴

Ce temps de regroupement permet à l'ensemble de l'équipe professionnelle de questionner leur propre pratique à l'égard de la situation exposée. Comment aurais-je réagi si j'avais été à la place de mon collègue ? En tant que professionnel, il s'agira de tirer tous les enseignements possibles pour faire évoluer sa pratique en les adaptant aux réglementations, à la déontologie et à l'éthique de notre profession.

Questionner sa pratique en la confrontant à celle de ses pairs fait finalement référence à la compétence 7 du référentiel infirmier : « analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle ». Et plus particulièrement dans ce service, aux urgences, où tout s'enchaîne, parfois très rapidement... Il serait judicieux de proposer un environnement dédié à la réflexion collective, qui permettrait d'aborder des problématiques auxquelles sont confrontés quotidiennement les soignants.

L'étude de situations, l'analyse de celles-ci et le partage d'expériences permettent aussi d'amener l'équipe pluridisciplinaire à la rédaction de protocoles qui déterminerait les conduites à tenir pour tendre vers une harmonisation des pratiques en décrivant pour une situation type, le schéma optimal de prise en soins par chacun des membres de l'équipe.

⁴⁴ « L'analyse des pratiques professionnelles au bénéfice du "savoir analyser" - ClinicalKey Student », consulté le 12 avril 2022, <https://www-clinicalkey-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/student/nursing/content/journal/1-s2.0-S1293850520302517>.

IV. Conclusion

À mon sens, la dimension des soins relationnels représente une notion délicate mais fondamentale dans la prise en soins des patients. La communication sous toutes ses formes est selon moi, le socle de toute relation soignant-soigné. Ce concept prend tout son sens, notamment au service des urgences, auprès de patients qui se retrouvent démunis dans cet environnement générateur d'anxiété.

Au-delà de ses compétences techniques, l'infirmier des urgences, verra ses qualités relationnelles s'enrichir au fil de son expérience et des situations vécues. Il s'inscrira ainsi, dans un processus de « *professionnalisation* » qui, au fil des années, fera de lui un professionnel aguerri et compétent, capable de gérer au mieux des situations conflictuelles.

Le sujet de mon TFE, s'applique finalement à tout type de services de soins et me questionne sur ma pratique en tant que future professionnelle : n'est-il pas difficile de se positionner et de s'affirmer, en tant que jeune infirmière face à une situation d'agressivité et de violence ? Finalement, ce sont des aptitudes qui sont attendues de nous d'ici quelques mois. Ainsi, la réflexion sur ce thème m'a permis de m'interroger sur les chemins à emprunter, les réflexions à mener et les techniques à adopter pour atteindre ce statut de professionnel qualifié.

Différents moyens, formations et ressources sont mises à disposition des soignants pour prévenir et gérer au mieux les situations d'agressivité et de violence aux urgences. Malgré cela, la recrudescence de ces notions est d'actualité et empêche la dispensation de soins de qualités en impactant négativement le quotidien des soignants, parfois à bout de souffle.

Finalement, ces notions d'agressivité et de violence sont exacerbées par divers facteurs évitables. Parmi eux, la désertification médicale qui amène les patients à se rendre aux urgences et à les utiliser comme dernier recours provoquant un engorgement conséquent du service. Agnès Buzyn, ancienne ministre de la Santé, dans son discours intitulé « pacte de refondation des urgences », rédigé en 2019, en fait la conclusion suivante :

« *Il faut redonner du sens aux urgences* ».

V. Bibliographie

Ouvrages :

- Argenty, Jean, et Régine Maufoux-Immergout. *Précis de soins relationnels*. Étudiants IFSI. Rueil-Malmaison : Éd. Lamarre, 2012.
- Blanchon, Carine. *Le toucher relationnel au cœur des soins*. Paris : Elsevier, 2014.
- Gbézo, Bernard E. *Les soignants face à la violence*. Pratiquer. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2005.
- Watzlawick, Paul, Janet Beavin Bavelas, Don De Avila Jackson, et Janine Morche. *Une logique de la communication*. Points 102. Paris : Éd. Points, 2014.
- Rousseau-Pitard, Laurence, Élisabeth Peruzza, et Nathalie Claret. *Soins de confort et de bien-être, soins relationnels, soins palliatifs et de fin de vie : UE 4.1, 4.2, 4.7*. Cahiers des sciences infirmières 18. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010.
- Potier, Marguerite, et Nicole Loraux. *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Les fondamentaux. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2002.

Articles et périodiques en ligne :

- Delaby, Ségolène. « L'accueil, le premier soin aux urgences ». *Soins* 63, n° 825 (mai 2018) : 34-37.
- Joly, Bruno. « Chapitre 2. La communication interpersonnelle ». *Le point sur... Marketing*, 2009, 11-68.
- Formarier, Monique. « La relation de soin, concepts et finalités ». *Recherche en soins infirmiers* 89, n° 2 (2007) : 33-42.
- Delbrouck, Michel. « 7. La situation des infirmières ». *Oxalis* 2 (2008): 165-82.
- Grégoire, José. « La communication dans la relation ». *Hors collection*, 14 mars 2019, 249-57.
- Lefeuvre, Gwenaël. *Compétence professionnelle*. De Boeck Supérieur, 2013.
- Peneff, Jean. « L'approche par les lieux ». *Leçons De Choses*, 2005, 23-42.
- Mayen, Patrick. *Expérience professionnelle*. De Boeck Supérieur, 2013.
- Santin, A, C Rey-Salmon, et B Renaud. « Les refus de soins », s. d., 8.

- Peneff, Jean. « Deuxième partie. Urgences et démocratie ». *Sciences Humaines*, 2000, 43-84.
- Friard, Dominique. *Agressivité*. Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2012.
- Delamour, Magali, et Daniel Marcelli. « Talking in emergency room: the time to listen ». *Perspectives Psy* 49, n° 1 (2010): 61-67.

Sites internet :

- Le Quotidien du Médecin. « 21 millions de passages aux urgences, hausse quasi permanente depuis 20 ans ». Consulté le 3 octobre 2021. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/21-millions-de-passages-aux-urgences-hausse-quasi-permanente-depuis-20-ans>.
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. « Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales ». Consulté le 12 avril 2022. <http://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>.
- MACSF.fr. « Responsabilité du soignant en cas d'opposition aux soins ». MACSF.fr. Consulté le 30 novembre 2021. <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Relation-au-patient-et-deontologie/refus-de-soins>.
- MACSF.fr. « Violence à l'hôpital : des solutions existent - MACSF ». MACSF.fr. Consulté le 5 août 2021. <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/Prevention-des-risques/violence-hopital-solutions-onvs>.
- « SAU, Service d'accueil et de traitement des urgences - Définition - BNDS ». Consulté le 3 août 2021. <https://www.bnds.fr/dictionnaire/sau.html>.
- « L'analyse des pratiques professionnelles au bénéfice du "savoir analyser" - ClinicalKey Student ». Consulté le 12 avril 2022. <https://www-clinicalkey-com.bases-doc.univ-lorraine.fr/student/nursing/content/journal/1-s2.0-S1293850520302517>.
- « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire | Cairn.info ». Consulté le 19 novembre 2021. <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>.

Textes législatifs :

- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), 2002-303 § (2002)
- « Article R4311-2 - Code de la santé publique - Légifrance ». Consulté le 10 décembre 2021. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889/.
- « Article R4312-10 - Code de la santé publique - Légifrance ». Consulté le 15 septembre 2021. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496823/.
- « Le refus de soins (Article L.1111-4 du code de la santé publique) - APHP DAJDP ». Consulté le 13 novembre 2021. <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/le-refus-de-soins-article-l-1111-4-du-code-de-la-sante-publique/>.

Enseignements théoriques :

- Unité d'Enseignement 4.2 « Soins relationnels »

Autres :

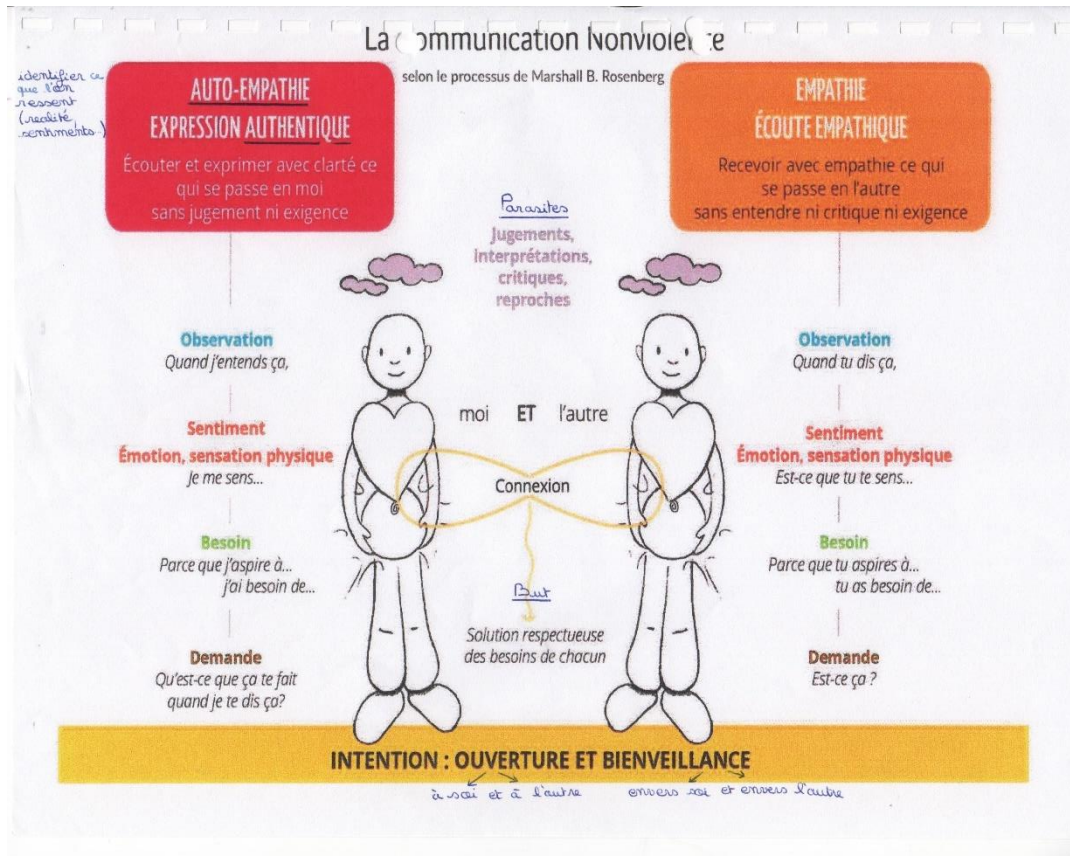
- « A77101_fre.pdf ». Consulté le 2 mai 2022. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67410/a77101_fre.pdf;sequence=1.
- « Charte_a4_couleur.pdf ». Consulté le 30 novembre 2021. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf.
- Boyer, Richard, Stéphane Guay, et Jane Goncalves. « La formation Oméga, ça marche ! », s. d., 3.
- « Er929.pdf ». Consulté le 3 septembre 2021. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er929.pdf>.
- « Synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019_.pdf ». Consulté le 23 octobre 2021. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_rapport_onvs_2020_donnees_2019_.pdf.

VI. Annexes

ANNEXE I : Compétence 6, extraite du BERGER LEVRAULT⁴⁵.

Profession Infirmier	
<p>Compétence 6 : Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins</p>	
<p>1 – Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne;</p> <p>2 – Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte;</p>	<p>3 – Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication ;</p> <p>4 – Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique</p> <p>5 – Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement;</p> <p>6 – Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité;</p> <p>7 – Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées.</p>
<p>Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?</p>	<p>Indicateurs : Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?</p>
<p>1 – Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La situation relationnelle est analysée en fonction des personnes et du contexte; - Les besoins spécifiques de communication d'une personne en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité sont explicités et les attitudes adaptées identifiées; - Les besoins spécifiques des patients atteints de troubles psychiques sont explicités et les attitudes adaptées identifiées.
<p>2 – Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les conditions propices à la communication sont mises en œuvre; - Une attention est portée à la personne; - La communication prend en compte l'expression et le contexte de vie du patient; - Le langage professionnel et les modes de communication (verbal, non verbal) sont adaptés à la personne; - La posture professionnelle est adaptée à la relation soignant – soigné et vise au respect de la personne
<p>3 – Justesse dans la recherche du consentement du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le consentement de la personne aux soins est recherché et négocié si nécessaire.

ANNEXE II : Schéma de la communication non violente, extraite du cours UE 4.2⁴⁶



⁴⁶ Unité d'Enseignement 4.2 : « Soins relationnels », La Communication Non Violente.

Agressivité et violence : le quotidien de l'infirmier aux urgences.

RESUME

Agressivité et violence : le quotidien de l'infirmier aux urgences.

Associer agressivité et violence dans un contexte de soins paraît invraisemblable. Pourtant, ce sont des notions qui sont en pleine recrudescence dans les services de soins, et notamment aux urgences où les soignants y sont confrontés quotidiennement. L'impact de la violence et de l'agressivité n'est pas moindre sur la qualité des prises en soins et me questionne par sa récurrence dans les contextes de soins.

La réalisation de ce mémoire m'a amenée sur le constat suivant : la communication a un réel impact sur la relation soignant-soigné, notamment lorsqu'elle est difficile à mettre en place.

Pour entrer en relation avec un patient agressif en refus de soins, les capacités relationnelles et communicationnelles des soignants seront ainsi mises à l'épreuve. Elles occupent une place prépondérante dans la prévention et la gestion de situations conflictuelles aux urgences.

Cependant, la communication de l'infirmier peut être heurtée par des situations complexes. Dans une perspective d'amélioration des pratiques, l'infirmier se questionnera sur ses pratiques pour tendre vers une prise en soins optimale.

Mots-clés : Agressivité, violence, service des urgences, posture professionnelle, communication, relation soignant-soigné.

ABSTRACT

Aggressivity and violence: the daily life of the nurses in the emergency unit.

Associating aggressiveness and violence in a health care context seems implausible. However, these notions are on the rise in health care services, and particularly in emergency rooms where nurses are daily confronted with them. The impact of violence and aggression is serious and makes me wonder because of its recurrence in the context of care.

The realization of this thesis made me to the following observation: communication has a real impact on the caregiver-client relationship, especially when it is difficult to establish in the first place.

In order to enter into a relationship with an aggressive patient who refuses care, the relational and communicational skills of the caregivers will be tested. They play a major role in the prevention and the management of conflict situations in the emergency room.

However, the nurse's communication can be affected by complex situations. With a view to improving practices, the nurse will question his or her practices in order to strive for optimal care.

Keywords: Aggressivity, Violence, Emergency, Professional posture, communication, Nurse-patient