

## Sommaire

Remerciements

Motivations

Introduction ..... p 5

Formulation de la question de départ ..... p 6

I - Le concept de service d'Urgences : ..... p 8

1. Définitions : ..... p 8

2. Historique : ..... p 8

3. Législation et service d'Urgences : ..... p 9

4. Les éléments composant le Service d'Accueil Urgence : ..... p 10

5. Le personnel dans les services d'Urgences : ..... p 10

6. L'infirmier aux Urgences : ..... p 11

6.1/ Les compétences du soignant : ..... p 11

6.2/ La prise en charge infirmière aux Urgences : ..... p 11

6.3/ Les parasites de son activité : ..... p 12

II - Le concept de violence : ..... p 13

1. Définitions : ..... p 13

2. Les principes de fonctionnement de la violence : ..... p 14

2.1/ Les facteurs de risque ou déclenchant : ..... p 14

2.2/ Les mécanismes de survenue : ..... p 14

2.3/ Les différents modes d'expression du comportement violent : ..... p 15

3. Violence et Ivresse éthylique aiguë : ..... p 16

3.1/ Définitions : ..... p 16

3.2/ Alcool et comportements violents : ..... p 16

4. Situations favorisant la survenue de violence aux urgences : ..... p 17

III - Le concept de relation soignant-soigné : ..... p 18

1. Définitions : ..... p 18

2. La relation dans l'environnement de soins : ..... p 18

2.1/ Les modes de fonctionnement : ..... p 18

2.2/ L'interprétation du message : ..... p 18

2.3/ La relation soignant-soigné : ..... p 19

2.4/ Le mécanisme de transfert : ..... p 19

3. La psychologie de la personne soignée : ..... p 19

<u>4. La psychologie du soignant :</u> .....	p 19
Problématique :	p 21
Pré-enquête :	p 22
Composition de la pré-enquête :	p 22
Déroulement de la pré-enquête :	p 23
Analyse de la pré-enquête :	p 23
Hypothèse théorique :	p 25
<u>Le concept d'analyse de pratique :</u> .....	p 25
1. <u>La qualité du soin :</u> .....	p 25
1.1/ Le soin infirmier :	p 25
1.2/ L'objectif du soin infirmier :	p 25
1.3/ La notion de qualité :	p 26
2. <u>Les attentes des patients :</u> .....	p 26
Hypothèse opérationnelle ::	p 27
Méthodologie du travail d'enquête :	p 28
Choix de l'outil d'enquête :	p 28
Choix de la population ciblée :	p 28
Présentation de l'outil d'enquête :	p 28
Déroulement de l'enquête ::	p 31
Analyses :	p 32
1. <u>Analyse statistique :</u> .....	p 32
2. <u>Analyse critique :</u> .....	p 42
3. <u>Analyse des comportements de la population ciblée :</u> .....	p 45
Propositions :	p 48
Conclusion :	p 51
Bibliographie :	

#### Annexes :

Annexe I : Législation, profession infirmière et service d'Urgences.

Annexe II : L'épuisement professionnel.

Annexe III : Biographie et paroles de chanson du groupe **IAM**.

Annexe IV : Lettre de demande d'autorisation d'enquêter et réponses.

Annexe V : Grille statistique de renvoi des questionnaires et questionnaires remplis.

Annexe VI : Repères de conduite à tenir face à une personne agressive.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont guidé et soutenu tout au long de ce travail et en particulier :

- Madame Nathalie Borgne, Cadre de Santé au SAMU de Paris.
- Madame Brigitte Dardillac, Cadre Infirmier du Service d'Accueil Urgence (SAU) de l'hôpital d'Angoulême.
- Dr Jean Dorémieux, Urologue, ancien interne des Urgences des hôpitaux de Strasbourg.
- Virginie Grenier-Boley, psychologue, membre du site internet Urgence.com.
- Monsieur Yvon Josse, Infirmier DE au SAU de l'hôpital d'Angoulême.
- Madame Jocelyne Laguin, Infirmière DE au SAU de l'hôpital d'Angoulême.
- Madame Lespinasse, Cadre Infirmier du SAU de l'hôpital de Saintes.
- Monsieur Gérard Perrier, Infirmier DE au SAU de l'hôpital de la Conception à Marseille.
- Madame Mireille Rouillet Renoleau, Infirmière DE au SAU de l'hôpital d'Angoulême.
- Dr Nicolas Rouillet Renoleau, Pédiatre, ancien interne au SAU de l'hôpital d'Angoulême.
- Madame Patricia Rousseau, Infirmière Anesthésiste DE au SAU de l'hôpital de Saintes.
- Dr Corinne Tabuteau, Médecin Urgentiste au SAU de l'hôpital d'Angoulême.
- Monsieur Lionel Tomasin, Infirmier DE.
- Madame Mondout, cadre infirmier formateur à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Angoulême, qui a été mon cadre référent pour l'élaboration de ce travail.
- Tous les infirmiers et infirmières des services d'Urgences, qui, par leur aimable collaboration, m'ont permis de réaliser mon enquête.

Je remercie également mes parents et mon amie pour le soutien et la confiance qu'ils m'ont accordé tout au long de cette formation.

J'ai choisi de développer ce thème car il s'inscrit pleinement dans le cadre de mon projet professionnel.

En effet, comme je l'ai exprimé plus haut, l'activité d'Urgence m'intéresse, que ce soit dans sa pratique hospitalière ou, pré-hospitalière (S.M.U.R). Les expériences vécues au cours de ma formation m'ont conforté dans ce choix, au travers de stages en service de Réanimation ou aux Urgences, lors de sorties avec le S.M.U.R., de congrès d'Urgence et de Réanimation.

De même, l'aspect psychologique et même psychiatrique ne me laisse pas indifférent, et c'est également un domaine vers lequel je souhaite tendre. Ainsi je pense participer à des modules de prise en charge de névroses post-traumatiques, en université, ou travailler bénévolement dans des bus nocturnes pour toxicomanes.

Ce choix fait également suite à plusieurs confrontations avec le phénomène de la violence à l'hôpital, où j'ai pu moi-même être pris à parti, ou bien être témoin. Dans tous les cas, l'aggravation de la situation actuelle m'a fortement influencé dans la décision de traiter ce sujet.

Mon souhait est que l'aboutissement de ce mémoire me permette de répondre aux diverses questions que je me pose, mais également de reconsidérer la relation soignant-soigné dans une situation où celle-ci peut s'installer difficilement.

Cela fait maintenant quelques années que je m'intéresse à l'activité des services d'Urgences.

Ce grand kaléidoscope social, au service de la santé et à l'image de la société actuelle, a su susciter chez moi un véritable attrait pour ses activités, son rythme de travail, ainsi que pour la diversité de la population que l'on y rencontre.

Pendant longtemps, j'ai pensé que si le rôle infirmier<sup>1</sup> aux Urgences était très technique en apparence, il était nécessaire qu'il possède également de hautes compétences en psychologie. Ainsi, il devait pouvoir assurer la gestion de soins des patients fragilisés mentalement par les événements motivant leur entrée, ainsi que par leur arrivée à l'hôpital. Tout en maîtrisant l'aspect somatique et l'organisation du service, il devait parvenir à prendre en charge toute la dimension psychique du malade, de même que la gestion de son angoisse.

Avant de me rendre dans ce type d'unité, j'avais une certaine vision des patients des services d'Urgences. Des personnes mises à nu, sans repère, perdues, doutant, ayant peu de réponses face à leurs craintes. Celles-ci sont face à l'inconnu, dans l'appréhension, et doivent également faire face à leur maladie ou à son diagnostic.

De ce fait, si le soin en apparence technique semble prédominer dans ce cas, il semble nécessaire que le soin prenne également tout son essor dans sa dimension relationnelle.

Dès lors, j'attachais mon attention à l'importance des **compétences psychologiques de l'infirmier aux Urgences**.

Mon observation s'est également portée sur l'évolution de notre société. De plus en plus de violence rythme notre vie de tous les jours, que ce soit à la télévision - dans des fictions -, dans nos villes, sur notre lieu de travail, dans les transports, les écoles, etc....

Cet aspect fait de la violence un élément quotidien de notre existence, presque banalisé. Ainsi malheureusement, au même titre que d'autres professions, le métier d'infirmier et toute la filière de la santé sont frappés par ce problème : la violence s'immisce à l'hôpital, le malaise des rues hante nos couloirs.

Comment réagir à cette violence, car si nous sommes préparés à gérer des troubles de santé, ce fait est encore nouveau pour nous ?

De cette façon, j'en suis venu à faire évoluer le thème de mon travail de fin d'études, pour traiter finalement **la gestion de la violence aux Urgences**.

Ayant eu la chance de réaliser un stage dans un service d'Urgence de mon département, durant ma troisième année, j'ai pu mettre à profit ce temps d'apprentissage pour confirmer et infirmer les différents composants de ma vision du service d'Urgences. Au cours de mon séjour, j'ai eu alors la triste impression que le malade était « manipulé » comme s'il s'agissait d'une sorte de « cas ». Entrer, asseoir, allonger, déshabiller, mesurer, peser, presser, ouvrir la bouche, piquer, repiquer, perfuser, etc., ... mais bien peu souvent expliquer ou écouter. En effet, si les soignants

---

<sup>1</sup> Lire toujours infirmier(s) et infirmière(s)

connaissaient la conduite à tenir lors des différents motifs d'entrée, les malades, eux, étaient dans l'ignorance. Le fait est que lors de situations plus ou moins d'urgence, la priorité est souvent à l'action et peu au dialogue, l'attention et l'intérêt de l'équipe se centrant alors sur la crise.

Jusqu'au jour où un incident éclata. Un patient, en état d'ivresse, amené par les pompiers et refusant de se faire soigner, menaça plusieurs membres de l'équipe soignante. Trouvé dans le centre ville, déambulant, il représentait un danger pour lui et pour les autres. En effet lorsqu'un homme passablement ivre déambule sur la voie publique, il court un risque pour lui-même - se faire faucher par un véhicule, tomber dans le coma,... - et peut représenter un danger pour les autres. Sa situation est donc dangereuse ; c'est pour cela qu'on le dirige vers les Urgences. Une fois installé dans le service, les soignants se sont affairés autour de lui, dans son intérêt. Mais lui, ne comprenant pas, se voyant déshabillé, perfusé, sans que l'on lui demande son avis, se mit à devenir de plus en plus violent envers les personnes présentes. L'équipe dû finir par l'immobiliser par contention physique et chimique.

Ayant déjà rencontré le même cas lors d'un emploi d'été de nuit, je me suis posé la question de savoir si ces personnes étaient les seules responsables de leurs manifestations de violences. J'ai eu l'occasion d'être confronté à deux situations similaires lors de ce travail.

Tout d'abord, une nuit un ambulancier nous amène une jeune femme ivre, avec 3,0 g/l d'alcool dans le sang. Celle-ci lui lançait des propos très agressifs, mais lui, faisait de même. En l'installant dans son box, l'ambulancier lui applique un oreiller sur le visage afin qu'elle se taise. Durant la nuit la patiente fugua.

L'autre situation se présente à peu près de la même façon. Un homme, ivre avec 4,0 g/l d'alcool dans le sang, est adressé par les pompiers. Se montrant tout d'abord agressif et hostile aux soins, j'ai alors décidé de ne pas entrer dans un jeu d'escalade de cette violence. J'ai essayé de le rassurer, lui ai expliqué ce que nous faisons, et cette personne en est venue à se calmer et m'a confié qu'elle buvait depuis dix ans, qu'elle n'arrivait pas à suivre de cure. Après cette nuit, elle a décidé avec le soutien de l'équipe de s'inscrire dans un centre d'alcoologie.

Devant la place que prenait l'éthylisme dans nombre de situations violentes, j'ai décidé de modifier une fois de plus le thème de mon travail pour en arriver à traiter **la gestion de la violence d'une personne en état d'ivresse éthylique aiguë, dans un service d'Urgences.**

Je suis alors parvenu à l'interrogation suivante :

**« En quoi le comportement du soignant peut-il influencer la survenue de violence de la part d'une personne en état d'ivresse éthylique aiguë dans un service d'Urgences ? »**

Pour m'aider à répondre à cette question, j'ai émis les réflexions suivantes :

➤ La personne en état d'ivresse présenterait une prédisposition à la réponse violente.

- Le soignant, par la place qu'il prend symboliquement, et par son activité, serait perçu involontairement comme agresseur par le patient.
- Une réflexion sur le thème de la gestion de la violence, permettrait aux soignants de mieux aborder ces situations.
- L'environnement de soin des services d'Urgences pourrait entraîner l'apparition d'un épuisement professionnel chez les soignants et favoriser secondairement la survenue de situations violentes.

Les Urgences sont un lieu d'accueil ouvert 24h/24h, ayant pour obligation d'accueillir toute personne s'y présentant. L'infirmier y joue un rôle d'accueil, de soin, d'écoute, il doit ainsi allier polyvalence des connaissances de techniques médico-chirurgicales, et compétences psychologiques – vis à vis de la personne, sa famille, des mineurs,... Les unités d'Urgences sont ouvertes sur le reste de la structure hospitalière, et présentent un plateau technique important pour garantir une prise en charge optimale du patient. L'évolution actuelle de ces services amène le soignant à être confronté de plus en plus au stress, au « burn-out », à la surpopulation du service, au manque de personnel, à la violence,... autant de difficultés avec lesquelles celui-ci va devoir travailler.

La violence ; elle est souvent mal cernée. Il faut comprendre qu'il s'agit d'un mécanisme de défense en réponse à une agression, une frustration,... il s'agit d'un instinct propre à tous, qui a pour but d'assurer notre survie. Elle est à différencier de l'agressivité, comportement qui vise consciemment ou non à nuire, contraindre, dégrader, détruire,... il s'agit d'une forme plus socialisée de violence. Cet aspect est donc à prendre en compte dans la prise en charge d'une personne dans un service d'Urgences, car la conduite à tenir pour l'éviter ou la gérer va être différente, et la survenue d'une erreur peut mettre un terme à la relation de confiance qui prend naissance, entre le soignant et le soigné.

La relation soignant-soigné englobe tout acte, geste technique ou de confort dans un contexte de soins. Elle passe par le biais de différents supports, et son mode de fonctionnement est aléatoire selon la position de chacun des protagonistes et la nature du message émis par ceux-ci. L'environnement de soins, les convictions de chacun et les facteurs sociaux sont autant de parasites que le soignant doit également prendre en compte pour mener à bien sa mission.

## I- Le concept de service d'Urgences :

### 1. Définitions :

- **urgence :**

« Qualité de ce qui est urgent »,  
« A régler sans délai, immédiatement » (Dictionnaire Hachette).

- **service d'Urgences :**

Service où sont pratiqués des soins d'importance immédiate, où l'on se pose comme objectif de pouvoir traiter des symptômes en un minimum de temps, de part l'aspect urgent qui les caractérise.

« La spécificité réside dans la rapidité de la prise en charge des patients que ce soit pour la participation à la démarche diagnostique, à la stratégie thérapeutique pour la mise en œuvre des soins infirmiers ou l'orientation des patients vers des services ou des structures adéquates. » Extrait du recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession d'infirmier.

On trouve deux types de service d'Urgences :

- les **S**ervices d'**A**ccueil des **U**rgences ou **S**ervice d'**A**ccueil et de **T**raitement des **U**rgences, centres des réseaux de services d'Urgences.
- les **U**nités de **P**roximité d'**A**ccueil de **T**raitement et d'**O**rientation des **U**rgences, situés dans les hôpitaux de proximité.

Les unités d'Urgences sont ouvertes 24h/24h et ont pour obligation d'accueillir et de prendre en charge, sous la responsabilité d'un médecin «temps plein», qualifié et expérimenté, toute personne se présentant en situation d'urgence médico-chirurgicale ou psychiatrique. Les Urgences apparaissent ainsi comme l'ouverture de l'hôpital sur la société, lien direct entre la population et le milieu de soins. Cette porte d'entrée génère donc la venue de personne de tous horizons (culturels, et sociaux) dans une demande immédiate de soins.

Les Urgences sont caractérisées par :

- un flux de fréquentation irrégulier.
- une diversité des motifs de consultation (médicaux, psychologiques, psychiatriques, sociaux, chirurgicaux, ...).
- une alternance de problèmes d'urgence graves – détresse vitales nécessitant précocité et qualité des soins – et moins graves, pouvant être différés.
- l'existence d'un plateau technique complet (laboratoire, imagerie médicale, réanimation, bloc opératoire,...) disponible 24h/24h dans les S.A.U.

### 2. Historique :

La première notion de service d'Urgences apparaît sous François 1<sup>er</sup>, avec l'accueil des urgences dans les hôpitaux.

En évoluant, ces unités se sont adaptées en donnant naissance à des Urgences adultes, pédiatriques, psychiatriques,... leur permettant ainsi de faire face à une société ayant tendance à rejeter sur elles tout ce qui l'encombre, la dérange, ou dépasse ses compétences - médecin généraliste, infirmière à domicile, police, voisins, famille,...- profitant ainsi de la gratuité apparente de ce type de service. De même la population pense qu'en allant aux Urgences, elle profitera de tout le matériel disponible et sera soignée tout de suite.

De cette façon, on assiste à une modification de la fréquentation des Urgences. Se rencontrent des consultations de «médecine de ville», des détresses vitales, des S.D.F., ... Ainsi, la fréquentation des services d'Urgences a augmenté de 5 à 10 % en 1999 – surtout lors des week-ends - et on estime que sur les 8 millions de visites annuelles en France, 60% ne nécessitent pas ou peu de soins techniques et 50 à 60 % sont des externes - soit un coût de 1.4 milliards de francs. Cette arrivée massive de patients, n'ayant pas forcément leur place dans un service d'Urgences, entraîne des problèmes de fonctionnement, à savoir une augmentation du délai moyen d'attente, une diminution de la place disponible pour chaque patient ainsi qu'un manque de lits ou de boxes.

Mais dans le même temps, on observe un manque de personnel au niveau national, soit 2747 médecins et 4743 infirmiers au minimum attendus par les services<sup>2</sup> du Poitou-Charentes. Difficile alors d'allier augmentation du nombre de patients, effectif manquant, et également diminution du nombre de lits. On évalue à ce jour à 70 % le nombre de service d'Urgences étant hors normes, soit 5 sur 17 respectant les normes de sécurité en Poitou-Charentes.

### 3. Législation et service d'Urgences :

Les activités des Urgences et des infirmiers aux Urgences sont régies par des textes de lois :

- L'article L.473 du code de la santé publique, identifiant la profession d'infirmier et les différentes dimensions du soin.
- Le décret 93.221 du 16 février 1993, relatif aux règles de la profession d'infirmier, où plusieurs articles indiquent la conduite à tenir face à l'urgence .
- Le décret 93.345 du 15 mars 1993, relatif aux actes et à l'exercice professionnel .
- Le décret du 9 mai 1995 demeure la référence, complété par le décret du 30 mai 1997, sous le gouvernement de M.Juppé; il développe l'organisation de ce type de service, le travail en réseau, ses missions .

Ceci amène l'infirmier à : - avoir pour nécessité de repérer les urgences réelles.  
- faire preuve d'initiatives et de décisions en rapport avec ses compétences et les protocoles existants.

---

<sup>2</sup> selon une étude parue dans le magazine Science et Avenir (Décembre 2000).

Le non-respect de ces textes amène à une mise en cause juridique de la responsabilité de l'infirmier et à des poursuites devant la commission de discipline des infirmiers instituée par l'article L.482-1 du code de la santé publique.

#### **4. Les éléments composant le Service d'Accueil et de Traitement des Urgences :**

Afin de garantir le bon fonctionnement du service, les Urgences doivent disposer de locaux distribués en trois zones - accueil, examens/soins, et surveillance - sans lesquelles la prise en charge ne saurait être complète.

- **une zone d'accueil** : on y assure l'orientation, le triage et l'admission des patients. Les différentes données administratives, personnelles, ainsi que celles en rapport avec le motif de consultation y sont recueillies. Sont divisées les pathologies traumatiques des autres. Généralement située à l'entrée du service, cette zone est occupée par un agent chargé des admissions et de plus en plus par un Infirmier d'Accueil et d'Orientation (I.A.O.) , lien entre la salle d'attente et la salle de soin, et d'un médecin.

- **une zone d'examens et de soins** : on y trouve les boxes, d'avantage concernés par les urgences pouvant être différées ou de gravité moindre ; on y assure l'examen clinique et biologique de la personne ainsi que les soins permettant la disparition des symptômes de celle-ci. Dans un même cadre, une zone de déchoquage permet de prendre en charge les patients en détresse vitale ou dont la gravité de l'état nécessite une intervention et une surveillance plus importante qu'en box. Un local appelé « petite traumatologie » permet également la prise en charge des sutures, plâtres, etc.

- **une zone de surveillance** : elle correspond aux lits-porte. Ces locaux permettent une investigation approfondie ainsi qu'une surveillance plus importante - des personnes ayant tenté de se suicider, ou en état d'ivresse par exemple - en les « hébergeant » pour la nuit ou pendant la durée nécessaire afin d'écarter les complications (moins de 36 heures). Cette zone nécessite donc confort et commodités.

Pour un fonctionnement optimal, un ou plusieurs soignants doivent occuper chacune de ces zones, sachant qu'au moins deux infirmiers doivent être présents 24h/24h, et que l'un d'eux, selon les établissements, peut faire partie de l'équipe du Service d'Aide Médicale d'Urgence ou être I.A.O.

#### **5. Le personnel dans les services d'Urgences :**

Les Urgences sont un lieu où l'on peut parler très clairement d'équipe pluridisciplinaire, voire d'équipe multidisciplinaire, pour une prise en charge globale.

Mis à part les acteurs habituels d'un service hospitalier – agents d'entretien, aides-soignants, infirmiers, cadres infirmiers, internes en médecine, médecins – on retrouve associée une multitude d'autres professionnels :

➤ personnels administratifs : secrétaires, agents chargés des admissions, assistantes sociales.

➤ personnels paramédicaux : infirmiers de soins généraux, infirmiers de psychiatrie, infirmiers anesthésistes, manipulateurs en radiologie, aides-soignants, brancardiers, ambulanciers.

➤ personnels médicaux : médecins spécialistes (chirurgien orthopédiste, cardiologue, pneumologue,...) médecins généralistes, radiologues, psychiatres.

➤ professionnels extérieurs au centre hospitalier : sapeurs-pompiers, gendarmes, policiers, ambulanciers privés.

En effet, de part la diversité des motifs de venue aux urgences, ces services doivent s'adapter aux aspects sociaux, psychologiques, psychiatriques, médicaux, chirurgicaux des consultations, et ainsi permettre aux personnes compétentes dans ces domaines d'exercer leur profession sur le site des Urgences.

## 6. L'infirmier aux Urgences :

### 6.1/ Les compétences du soignant :

La profession d'infirmier dans un service d'Urgences requiert certaines qualités et compétences :

- polyvalence des connaissances techniques médico-chirurgicales,
- qualité relationnelle,
- compétences psychologiques afin de gérer des situations difficiles avec les familles, les patients, les mineurs, etc. ,
- capacité à s'adapter rapidement à un milieu ou une situation,
- compétences administratives,
- sens de l'organisation,
- automatismes vis à vis de certaines situations,
- rapidité et efficacité.

### 6.2/ La prise en charge infirmière aux Urgences :

L'infirmier intervient à différents niveaux dans la prise en charge de la personne soignée, au sein du service d'Urgences :

- **l'accueil** : l'infirmier, après avoir pris connaissance de l'identité de la personne – quand cela est possible – et identifié le(s) motif(s) d'entrée et les priorités de soins, la guide vers un box afin qu'une consultation puisse avoir lieu, ou bien la fait patienter en salle d'attente, en fonction du degré d'urgence. Il s'agit donc du premier contact, première approche du patient, souvent vectrice de la suite des événements, qui doit reconnaître la souffrance de la personne et lui permettre de la « poser ». L'infirmier a dans cette situation un véritable rôle d'expertise.

- **le recueil de données** : qui permet de déterminer les ressources de la personne, son statut social, son histoire de vie, ses antécédents, la nature de ses troubles, l'histoire de sa maladie, etc. Tant à partir des observations de la personne, que des réponses données, le soignant va pouvoir formuler les diagnostics propres à la situation, selon les priorités du moment.

- **la réalisation des soins** : qu'ils fassent partie du rôle propre, ou qu'ils soient prescrits, ils occupent une place importante dans le schéma de la prise en charge infirmière. Il s'agit de faire apparaître toute la dimension technique, tout en

rester profondément «relationnel ». Ainsi, le soignant ne doit pas imposer ses actes à la personne soignée, mais la faire participer de manière indirecte, en lui expliquant le but du soin, afin qu'elle ne perde pas toute la dimension humaine qui la caractérise.

- **la surveillance** : elle intervient dans la continuité de la prise en charge, que ce soit avant les soins ou après. Les qualités du soignant doivent lui permettre de savoir évaluer les éléments importants par rapport à une situation donnée. Il s'agit donc, pour le soignant, de savoir dans quel registre se situe le patient, de cibler ses investigations en fonction d'un problème cardiaque, respiratoire, etc.

- **le devenir** : l'infirmier intervient dans le devenir de la personne soignée. En effet, que celle-ci soit transférée dans un autre service, ou qu'un retour à domicile soit décidé, le soignant doit l'accompagner, l'informer, lui expliquer les suites de l'hospitalisation ou les précautions à prendre en cas de retour à domicile.

### 6.3/ Les parasites de son activité :

- Les **situations insolubles répétitives** comme le manque de lits, de personnel, l'augmentation de la charge de travail par personne, qui rendent de plus en plus difficile le travail de soignant et majorent le phénomène d'accumulation de stress.

- La **non-programmation** des soins et le **flux irrégulier** de patients : amènent les soignants à rester en alerte et à gérer le vide ou le remplissage massif du service de façon aléatoire, imprévisible.

- Les **intervenants extérieurs** au service, comme les médecins spécialistes, qui possèdent leur propre rythme de travail, ne sont pas en poste aux Urgences. Les infirmiers doivent alors composer avec eux, puisque leur présence est indispensable.

- Le **stress** ; réponse de l'organisme aux facteurs d'agression physiologique ou psychologique, aux émotions agréables ou désagréables qui nécessitent une adaptation. Pour garantir un fonctionnement optimal, le soignant a besoin nécessairement d'un minimum de **stress** dit « **fonctionnel** ». Celui-ci lui permet d'agir, d'aller au devant des événements. Il permet de mobiliser les énergies et est à l'origine de la motivation, notamment professionnelle. Le « **mauvais stress** », lui, est handicapant. Il prend source dans tout ce qui est perçu comme négatif par l'homme (conflits, maladie, violence, conditions de travail difficiles, etc.). Il entraîne insatisfaction, frustration, manifestation anxieuse ou dépressive. Ceci amène à un fonctionnement désorganisé, un enfermement dans la routine, et à une diminution de la communication – sinon de manière agressive. 40 % des soignants, de 18 à 39 ans, souffrent de pathologie du système nerveux et 38 % de troubles psychologiques<sup>3</sup>. Cette accumulation de tensions amène progressivement le soignant qui dénie ce problème à entrer dans le « *Burn-out* ».

- Le **Burn-out** ou épuisement professionnel : le rythme accéléré, le manque de délais, les exigences croissantes, la charge de travail, la gravité des situations, etc. font des Urgences un milieu propice au burn-out, conséquence d'une accumulation de stress. Mais certaines attitudes tendent également à faire basculer les professionnels ; le fait, par exemple, de nier ses limites ou de les ignorer, ou de s'oublier au profit des autres, c'est à dire de ne s'occuper que des problèmes qui gravitent autour de soi, sans régler les siens. Le burn-out va se traduire par une disparition de l'enthousiasme ou, de l'entrain au travail, une baisse de la motivation. Puis ce sont les baisses de concentration, le découragement ou bien la déprime de prendre son

---

<sup>3</sup> D'après une enquête réalisée par l'I.N.S.E.E. auprès de 1505 soignants.

poste, l'agressivité envers son environnement direct. Ces signaux plus ou moins ignorés, la personne bascule dans le burn-out en s'acharnant à continuer malgré tout.

## II- Le concept de violence :

Nous sommes de plus en plus quotidiennement confrontés à la violence. Qu'elle soit des rues, du milieu scolaire, retransmise dans les journaux télévisés ou au travers de fictions, elle fait partie intégrante de notre vie de tous les jours.

Il n'y a pas aujourd'hui, une seule journée où il ne nous est pas rapporté un acte de violence, un meurtre, une agression, etc. Fatalement, cette vision deviendrait presque une banalité de notre société, «tolérée» par celle-ci qui, en aveugle, la voit évoluer et la subir.

« Au royaume animal, le lion est roi, l'homme devient fou, combien d'âmes tombées sous ses coups, la Terre est seul témoin de ses crimes ici bas, c'est chacun pour soi ... un pauvre mec pour une place de parking, se prend deux balles et laisse derrière lui deux orphelines, anodine, l'histoire se répète chaque jour, quand un tireur prend des gens pour cibles du haut de sa tour ... »

Triste constat que celui fait par IAM, groupe de rap marseillais, qui tente à sa façon de sensibiliser la population, au déclin actuel.

Un élément nouveau, ces dernières années, nous amène à devoir nous confronter sur le lieu d'exercice de notre profession à la montée de la violence. En effet, après avoir frappé les forces de l'ordre, puis les sapeurs-pompiers lors de leurs déplacements, la violence arrive dans les hôpitaux et dans les services d'Urgences, portes d'entrée de ceux-ci. Aux soignants alors, d'y faire face et d'apprendre à la gérer.

### 1. Définitions :

On met trop souvent sous le terme de violence des sens inappropriés. Afin de partir d'une base claire, voici une définition de la violence et de l'agressivité :

#### ● **violence :**

Action d'utiliser la force contre une personne, la contraindre à faire quelque chose qu'elle ne désire pas, impliquant la destruction ou le dommage de celle-ci, perçue comme source actuelle de frustration ou de danger.

« Il s'agit d'un instinct propre à chacun d'entre nous, ayant pour but d'assurer notre survie et de vaincre les obstacles à la satisfaction de nos besoins. » (J. Bergeret, 1984).

« C'est une ressource dans laquelle l'homme va puiser pour faire face aux difficultés et aux menaces » (S. Raymond, 1993).

Ainsi, un individu a recours à la violence (verbale, comportementale, physique) lorsqu'il se sent menacé dans son intégrité, c'est à dire dans des lieux où il se sent désarmé - l'hôpital par exemple.

#### ● **agressivité :**

« C'est un comportement qui vise consciemment ou non à nuire, contraindre, dégrader, détruire, humilier » (Simone Trouvé).

C'est un acte caractérisé de violence dans le but de nuire, « une forme socialisée de la violence » (Raymond), où la victime occupe une place clairement définie par l'agresseur ; l'agression lui est adressée à elle en particulier. L'agressivité n'est donc pas aveugle.

Elle imprègne la dynamique des groupes, sociétés, cultures et s'inscrit dans la nature de la personne en fonction de son vécu ou de son éducation.

On peut ainsi en déduire que la violence apparaît d'avantage comme un mécanisme de défense, un passage à l'acte destiné à protéger la personne d'un environnement immédiat lui apparaissant comme agressif. L'agressivité, quant à elle, est un élément de la violence plus nettement adressé à autrui, comme un comportement caractérisant la nature même de l'agresseur.

Il est donc important de pouvoir distinguer dans quel registre se trouve le patient afin de mettre en place une prise en charge adéquate.

## 2. Les principes de fonctionnement de la violence :

La violence est un phénomène complexe dans lequel plusieurs paramètres entrent en jeu.

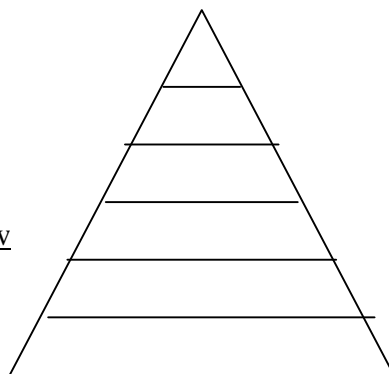
### 2.1/ Les facteurs de risque ou déclenchant :

La violence survient en général chez des personnes ayant plus de prédispositions à passer à l'acte, les personnes :

- impulsives.
- instables.
- excitées.
- qui ne supportent pas la frustration.

On retrouve alors les personnes ayant des antécédents personnels de violence, les personnes en état d'ivresse ou ayant consommé d'autres toxiques, certaines pathologies mentales, etc., mais également toute personne dont les besoins de base ne sont pas satisfaits ou respectés.

Pyramide des besoins fondamentaux de Maslow



Réalisation.

Estime de soi.

Estime des autres.

Appartenance.

Sécurité.

Besoins physiologiques

### 2.2/ Les mécanismes de survenue :

Le mécanisme débute lorsque la personne se sent :

- menacée : la personne peut se sentir menacée de différentes façons, physiquement, par une insatisfaction de ses besoins de base ou par un sentiment d'agression, psychologiquement, par le non-respect de l'intimité ou de la liberté, matériellement, par la dépossession de ses biens, de ses vêtements, etc.
- manipulée ou prise au piège : par une impression de n'être qu'un objet aux mains de personnes étrangères, le sentiment d'être dépossédée de son identité, ou « expropriée » de son corps livré aux soignants.
- frustrée : la nécessité pour certaines personnes de se trouver un agresseur potentiel pour extérioriser une frustration pré-existante.

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.
- 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 et 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.

### **2.3/ Les différents modes d'expression du comportement violent :**

Pour pouvoir gérer la violence, il faut tout d'abord pouvoir la reconnaître, déceler les traits du comportement, les mots ou gestes qui caractérisent la violence. « Car la violence n'est qu'un mot si l'on ne décrit pas les caractéristiques des violents, ne serait-ce que pour avoir le temps de se tenir sur nos gardes. » (J. Dorémieux)

Ainsi par observation, nous allons pouvoir retrouver :

- l'expression verbale : insultes, cris, menaces, etc.
- l'expression non verbale :
  - attitude menaçante ou inspirant la peur.
  - diminution des informations.
  - rejet ou ignorance de l'autre.
  - ton arrogant ou autoritaire.
  - non respect de l'intimité.
  - humiliation.
  - infantilisation.
  - diminution des soins élémentaires.
- l'expression physique :
  - coups vers les personnes ou les objets alentours.
  - actes douloureux exécutés sur une personne.
  - actes engendrant blessures ou décès.

Cette liste peu exhaustive peut permettre à tout membre de l'équipe de reconnaître chez la personne qu'il prend en charge, une réaction violente, et de ce fait, la gérer.

Il revient à préciser que si ces aspects du comportement peuvent apparaître comme étant violents aux yeux du soignant, ils seront ressentis de la même façon dans l'autre sens, par la personne soignée, qui, en se sentant agressée, alimentera encore le cycle de la violence.

### **3. Violence et Ivresse éthylique aiguë :**

« Marseille. Il était 2h30 quand un toulonnais de 35 ans, transporté par le S.A.M.U. et passablement ivre, assénait deux coups de poing à l'infirmière, à laquelle il proférait des menaces de mort,... » la Provence du 06/09/1999.

« Hôpital saint Antoine, Paris. « Allez tous vous faire foutre ! » c'est Jeannot, 6 gramme d'alcool dans le sang,... » l'Express du 16/08/2000.

On retrouve dans nombre de situations violentes aux Urgences, l'intervention du facteur alcool au moment de la crise. Nous allons donc aborder les raisons du passage à l'acte violent chez la personne en état d'ivresse.

#### **3.1/ Définitions :**

##### ● **Alcoolisme :**

« C'est tout usage de boissons alcoolisées qui cause un dommage à l'individu, à la société ou aux deux » (Jullineck, pathologie médicale et pratique infirmière).

« C'est la perte de la liberté de s'abstenir de boire de l'alcool » (Fouquet).

##### ● **Ivresse éthylique aiguë :**

« Etat d'excitation psychomotrice lié à l'ingestion massive de produits alcoolisés » (J. Postel, Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathie clinique).

Etat d'excitation psychique et d'incoordination motrice pouvant évoluer vers un coma éthylique et dû à l'ingestion massive de boissons alcoolisées.

Il convient donc de ne pas placer nécessairement le patient ivre dans la catégorie des alcooliques, puisque cette ingestion massive a pu survenir dans un contexte tout autre.

#### **3.2/ Alcool et comportements violents :**

D'après une étude de Glucksman<sup>4</sup>, il semblerait que dans 70% des cas d'agressions physiques, il y ait une intervention du facteur alcool. Pourquoi ?

Trois hypothèses pourraient amener à la réponse :

1°) **l'hypothèse de la désinhibition** : l'alcool relâcherait les inhibitions qui, dans un état de sobriété, retiennent les tendances agressives.

---

<sup>4</sup> Médecin britannique ayant fait une étude diffusée dans le British Medical Bulletin.

2°) **l'hypothèse d'excitation** : l'alcool produirait un état d'excitation intense, qui pourrait renforcer les tendances agressives et ainsi avoir une influence sur la désinhibition.

3°) **l'hypothèse d'attention** : la capacité d'attention d'un individu intoxiqué serait réduite, de façon que son attention serait centrée uniquement sur les sentiments externes les plus significatifs. Si les stimuli à potentiel provocateur sont plus significatifs que les stimuli à potentiel inhibiteur, alors l'impression subjective de provocation sera amplifiée et la réaction violente également.

A ce jour, l'hypothèse d'attention reste la proposition théorique la plus convaincante.

#### **4. Situations favorisant la survenue de violence aux Urgences :**

- L'attente : Celle-ci serait liée au phénomène de saturation des Urgences. A l'hôpital Nord à Marseille, 50 000 entrées en 1997, 55 000 en 1998, soit une augmentation de 10% par an. L'attente, conséquence du décalage entre une équipe débordée et les visiteurs de quelques heures qui investissent le lieu. Elle est en moyenne de 2h30, pour une présence de 4h – soins compris – dans le service, pour une population dont la façon de penser est de plus en plus dans le «tout , tout de suite ».

- La stagnation à un même endroit : « Paul attend, c'est long 12h sur un brancard. Les infirmières lui expliquent qu'il est hors de danger, que le cardiologue ne va pas tarder ». « Enfin bon, celui qui a inventé le mot «urgence», il faudra me le présenter ».

- L'opposition de l'équipe aux exigences du patient : Il arrive de plus en plus que les personnes soignées ou, leur entourage, viennent dans le service avec des exigences de soins ou d'exams bien spécifiques – radioscopie, scanner, hospitalisation d'un parent, etc. Mais parfois, ces actes ne sont pas nécessaires, ce qui peut entraîner une certaine frustration chez les personnes.

- Le fait de déshabiller les personnes ou de pratiquer des soins invasifs : amène les soignants à rompre la bulle protectrice du malade, à pénétrer son intimité, à le placer inconsciemment en position défensive face à un agresseur.

- Les facteurs liés au personnel : les soignants «sous tension» auront peut-être plus de difficultés à prendre le temps d'expliquer ou à donner des informations aux patients – cette non-information de la gravité de l'état ou de la nature des soins dispensés peut amener la personne à se sentir ignorée de l'équipe ou majorer son angoisse. Le manque de présentation des infirmiers plonge le malade dans l'inconnu des professionnels gravitant autour de lui – diminuant ainsi ses repères – de même que le manque de suivi par le même infirmier, au sein du service.

- L'existence d'une relation dualiste d'égal à égal entre soignant et soigné : amène celui-ci à être beaucoup plus revendicatif et exigeant, en « petite traumatologie » par exemple, qu'une personne dépendante de l'équipe.

- La sensation d'infantilisation de la personne soignée : par l'équipe, serait perçue comme une frustration par celle-ci, d'autant plus apparemment, si la personne est élevée socialement. Les soignants auraient plus de facilités à prendre en charge une personne acceptant ses soins sans trop de questions, alors qu'ils sembleraient avoir plus de difficultés à aborder une personne capable d'émettre une opinion.

### III- Le concept de relation soignant-soigné :

#### 1. Définitions :

- **Relation :** « Liaison entre deux ou plusieurs personnes. » (Dictionnaire Quillet Flammarion).
- **Relation soignant-soigné :** « C'est un rapport mettant en lien au minimum deux personnes ayant pour raison ou objectif, majoritairement des soins. De cette façon, tout acte, tout geste technique ou de confort s'inscrit dans la relation soignant-soigné. » (Manoukian, la relation soignant-soigné).

#### 2. La relation dans l'environnement de soins :

Etre en relation à l'hôpital ne signifie pas nécessairement prendre un temps spécifique pour discuter, c'est tout le travail du soignant qui prend sa place dans le processus de la relation.

Celle-ci passe par le biais de différents supports ou médiateurs : la verbalisation, les mouvements, l'attitude, l'aspect extérieur de la personne – vêtements, accessoires, coiffure, mais également outils de travail (pinces, seringues, etc.).

Ces éléments apportent une multitude de sources d'informations pour les différents protagonistes, et vont donner lieu à un message perçu par ceux-ci. S'échangent alors paroles, sourires, regards, mais également pleurs, cris, coups, etc.

La qualité du soignant s'évalue donc à sa capacité à recueillir ces informations, pour s'en servir de base dans la relation qui s'installe.

#### 2.1/ Les modes de fonctionnement :

Cette relation peut fonctionner sur différents modes, selon la nature du message, le contexte de la relation, les positions de chacun vis à vis de l'autre :

- dominant/dominé.
- dominé/dominant.
- égal à égal.

Selon A. de Vogüé et S. Grasset, auteurs de «S.O.S. hôpital», il existe « un phénomène de dépossession de son identité chez le malade, une expropriation de son corps livré à la science, au médecin, au mythe du savoir et de la solidarité sociale, faisant ainsi du patient un être soumis, infantilisé, en état en régression psychologique, comme s'il avait perdu l'usage de sa tête, de son regard, de ses mains, etc. ». A l'inverse, si celui-ci tente de s'affirmer, il suscite l'étonnement du service. «Comment un malade peut se permettre de jouer les sommités scientifiques ou d'émettre une opinion ? ».

## **2.2/ L'interprétation du message :**

De la même façon, l'interprétation peut se faire de différentes façons et donc donne lieu à des réponses divergentes :

- agressive/opposante.
- craintive/soumise.
- collaboratrice.

La relation est chargée émotionnellement. Le soignant volontairement ou inconsciemment va alors poser ses propres réactions ou émotions vis à vis des propos et attitudes de la personne soignée.

La relation est donc un phénomène d'ensemble. Aussi bien les informations verbales que les informations non verbales sont importantes dans le sens que l'on veut donner à cette relation.

## **2.3/ La relation soignant-soigné :**

La personne soignée est actrice de sa santé, c'est en ce sens que la pratique soignante doit être basée ou fondée sur une perspective d'accompagnement et de rencontre.

Ce sont ces éléments qui vont garantir la motivation de la personne soignée à intervenir dans sa prise en charge, et permettre l'émergence d'une relation constructive entre le soignant et la personne malade.

L'infirmier a, lui, une mission d'expert, de part sa place dans la dynamique des soins, mais également une mission de conseiller de la personne soignée. Il va à la rencontre des personnes qu'il prend en charge et apparaît comme un accompagnant pouvant identifier les ressources et les limites de celles-ci en vue de déployer leur santé.

## **2.4/ Le mécanisme de transfert :**

Dans sa théorie générale des névroses, Freud désigne sous le terme de «transfert» les sentiments que le malade transporte sur la personne du thérapeute, qu'ils soient positifs ou négatifs (hostilité, haine, agressivité), renvoyant à une situation vécue ultérieurement. Mais ces mécanismes peuvent s'étendre à toute relation interpersonnelle.

Ainsi, on retrouve chez l'infirmier, l'impression de ne pas se pencher impunément sur un malade. Même, les soignants vivent avec leurs malades une relation affective qui les conduit à réactualiser des affects ressentis ailleurs et en un autre temps, que ceux-ci soit « bons » ou « mauvais ».

On peut donc difficilement parler de relation superficielle, ou se baser uniquement sur les statuts de chacun, car la relation soignant-soigné implique un engagement affectif réel des protagonistes.

## **3. La psychologie de la personne soignée :**

Tout malade demande de façon plus ou moins explicite à être soigné, à être reconnu, enregistré comme entité recevant des soins. Placé en tant que patient, il est passif puisqu'il attend qu'on le soigne.

#### **4. La psychologie du soignant :**

Le soignant pose le cadre, il instaure l'ordre. Par le biais de celui-ci il s'impose au soigné (prescription, ordonnance, permission, interdiction, etc.). De ce fait si le patient ne se soumet pas à l'ordre de cette situation, il est souvent considéré comme un mauvais malade difficile ou insupportable.

Ce rapport, comme celui existant entre un parent et son enfant, fonctionne sur un mode de domination/soumission, incluant la dépendance au soignant. De ce fait, la relation peut fonctionner sur un certain nombre de «lois » :

- le soignant possède le savoir.
- le soigné est dans l'ignorance (de sa maladie).
- le soignant est raisonnable.
- le soigné est faible, capricieux, anxieux.
- le soignant décide seul.
- le soigné se soumet aux ordres.

Ce mode de fonctionnement pousse plus ou moins inconsciemment les soignants à adopter avec les malades un comportement infantilisant, un rapport de supériorité, une diminution des informations, etc., autant de facteurs susceptibles d'engendrer une réaction violente chez la personne qu'ils prennent en charge.

S'engager dans le rapport soignant-soigné impose par conséquent au futur soignant une réflexion personnelle sur ses rapports avec autrui. En effet, le risque de reproduire avec le malade ses propres rapports avec les autres - battis en fonction de notre histoire sociale et personnelle - guette chacun d'entre nous.

A l'issu de la définition de ces concepts, une nouvelle question se pose :

En effet, en mettant en relation les concepts de «service d'Urgences », de «violence », et de «relation soignant-soigné », on peut remarquer que l'infirmier peut jouer un rôle dans la survenue de la violence, le risque augmentant avec une personne en état d'ivresse éthylique aiguë. De part son activité, sa position et son rôle dans la relation avec le malade, les parasites de l'environnement de soins, l'infirmier peut influencer l'émergence de la violence.

Nous sommes alors amenés à nous poser la question suivante :

**« En quoi une réflexion sur l'analyse de sa pratique peut permettre à l'infirmier de mieux gérer les situations violentes ? »**

L'ivresse éthylique aiguë ne présentant finalement plus d'intérêt dans la poursuite du travail, son approche ne sera plus traitée. En effet, la finalité du sujet concerne maintenant la pratique infirmière associée à la violence, et la notion d'ivresse n'y trouve plus sa place.

Afin de s'assurer de la qualité du questionnement, la réalisation d'une pré-enquête doit être effectuée. Celle-ci se fera par le biais de consultations exploratoires auprès d'experts.

## **1. Composition de la pré-enquête :**

### **Objectif n°1 :**

Donner une base théorique commune au début de la pré-enquête, afin que les réponses aux questions se fassent dans le même registre que le travail de fin d'étude.

Question n°1 :

Existe-t-il selon vous une différence entre violence et agressivité ?

Quelles en sont les manifestations dans le service des Urgences ?

### **Objectif n°2 :**

Permettre de cibler l'outil d'enquête sur une population particulière, soignée ou soignante, de jour ou de nuit.

Question n°2 :

Existe-t-il une «clientèle » particulièrement sujette aux réactions violentes ?

Si oui, la quelle et pourquoi ?

### **Objectif n°3 :** ( englobe les questions 3, 4 , 5 et 6)

Identifier les différents motifs possibles de passage à l'acte, afin d'établir une grille dans l'outil d'enquête, dans laquelle les soignants pourraient se resituer, donnant par ceci un aspect de leur pratique de soin.

Question n°3 :

Pensez-vous qu'il existe une «manipulation » de la personne soignée par l'équipe ?

Question n°4 :

Sur quel mode de fonctionnement s'établit la relation soignant/soigné aux Urgences ?

Question n°5 :

Dans quel état psychologique sont situés les patients ou leur entourage à l'arrivée aux Urgences ?

Question n°6 :

Quelles sont selon vous les situations de soins où la violence émerge le plus souvent ?

### **Objectif n°4 :** (englobe les questions 7, 8 et 9)

Me conforter dans mon positionnement, évaluer les possibles causes du problème menant ainsi à la formulation de l'hypothèse théorique.

Question n°7 :

Existe-t-il des facteurs propres au service ou au personnel qui vont influencer la survenue de violence ?

Si oui, lesquels ?

Question n°8 :

Selon vous, les soignants jouent-ils un rôle dans la survenue de violence chez le malade ou son entourage ?

Question n°9 :

L'accumulation de stress, de non-dit, etc,... chez les soignants les amène-t-ils à adopter un comportement pouvant favoriser la survenue de violence chez les malades ou leurs accompagnants ?

**Objectif n°5 :** (englobe les questions 10 et 11)

Connaître les éventuelles actions déjà mises en place afin de m'y adapter et d'y faire référence.

Question n°10 :

De quelle façon gérez-vous la violence dans votre service ?

Question n°11 :

Existe-t-il une réflexion d'équipe après les actes de violence ?

Pensez-vous qu'elles aideraient à mieux gérer ce genre de situations ?

## **2. Déroulement de la pré-enquête :**

Afin de recueillir des informations provenant de différentes sources, l'ensemble de ces questions a été posé aux services des Urgences de trois centres hospitaliers et à différentes catégories de soignants, soit : un médecin urgentiste, deux cadres infirmiers, une infirmière d'accueil et d'orientation, une infirmière de soins d'urgence, une infirmière anesthésiste du S.A.M.U, un infirmier de psychiatrie.

Les questions ont été posées lors d'entretiens de durées variables avec les différentes personnes interrogées.

Ceux-ci ont permis d'aboutir à des réponses réunies dans l'analyse suivante.

## **3. Analyse de la pré-enquête :**

Il ressort dans les débuts des entretiens que la définition de la violence n'est pas la même pour tout le monde. En effet, certains vont la comparer à l'agressivité comme un seuil supérieur, comme si nous commencions tous par être d'abord agressifs puis violents. D'autres ne concevaient la violence que par sa dimension physique, l'agressivité représentant tout ce qui est d'ordre verbal ou gestuel. Ceci peut alors poser la question de la compréhension de l'état du patient et de ce qu'est pour lui un passage à l'acte violent. Car la définition de ce mot pourrait amener les soignants à agir d'après ce qu'ils ont mis derrière ; retard dans la prise en charge essen-

tiellement, à savoir que l'on va attendre les manifestations physiques pour agir par exemple.

Il semble, d'après les résultats obtenus, que les accompagnants font plus fréquemment preuve de violence que les patients eux-mêmes. En effet leur position en retrait, l'angoisse dont ils peuvent être victimes, l'absence d'information sont autant de facteurs qui peuvent amener l'entourage à prendre à parti les soignants. De ce fait, les proches ont une certaine attente vis à vis de la prise en charge de la personne soignée, ce qui peut également les placer d'eux-mêmes au devant de la prise en charge, et les faire se considérer comme l'urgence absolue, voulant « tout, tout de suite ». On trouve aussi l'ivresse éthylique aiguë comme source de violence dans de nombreuses situations (cf. Chap.II-3). D'autres points ont été abordés par les soignants ; le cas des personnes ne présentant pas de troubles majeurs : ceux-ci présentent plus de dispositions à la réponse violente, de part leur caractère plus indépendant ou autonome, que les personnes consultant pour un problème grave, ceux-ci étant d'avantage dépendants des soignants alors que les autres sont dans un rapport plus dualiste. Dans le même ordre d'idée, il apparaît que les personnes alitées sont moins violentes (en l'absence de troubles psychiatriques, ou d'intoxications) que les personnes valides. On retrouve en fait assez peu de personnes ne dirigeant contre les urgences qu'une violence dite « gratuite ». Le phénomène fait donc appel à d'autres facteurs que le patient seul, et le soignant peut être un d'entre eux.

Les entretiens font ressortir plusieurs motifs possibles dans la survenue de la violence, que ce soit l'attente, la majoration de l'angoisse, etc... Le soignant prend une part tout à fait importante dans ce phénomène d'après les résultats de la pré-enquête, mais le plus souvent de manière indirecte ; ainsi, il semblerait que certains infirmiers préféreraient prendre en charge un patient infantilisé, qui se laisse faire, plutôt qu'un patient participant ; dans le sens où il émettrait une opinion. De plus en ôtant cette capacité qu'a la personne de se prendre en charge, on diminue les informations qui lui parviennent, ceci majorant son angoisse et le risque de passage à l'acte. On rappellera aussi que le patient est quasi systématiquement déshabillé, et le soignant non présenté. En rentrant ainsi dans sa sphère intime, l'infirmier donne à la personne soignée l'impression d'être manipulée.

Un autre facteur important et qui a retenu mon attention pour l'orientation de la suite de ce travail, c'est le stress dont est victime le soignant des urgences. Il est rapporté de ces entretiens que l'accumulation de situations au potentiel émotif fort amène l'infirmier à adopter trois types de comportements distincts :

- fuite de la confrontation et de la souffrance, ou prise de distance avec le patient qu'il prend en charge,
- enfermement dans la routine et dans la technique, en délaissant l'aspect relationnel du soin. L'acte technique a alors une dimension de refuge pour l'infirmier, qui appréhende de croiser le regard du malade,
- réactions violentes ou agressives envers le patient ou ses collègues, qui apparaissent comme une libération extrême des tensions accumulées jusqu'à un seuil limite de tolérance.

C'est donc sur la voie de la souffrance professionnelle de l'infirmier des urgences que je poursuis mon travail. Les différents professionnels rencontrés m'ont fait penser qu'en accumulant un stress dysfonctionnel, les soignants allaient adopter un comportement ou des gestes sources de réactions violentes de la part de la personne soignée.

En posant le problème de l'accumulation de « tensions », les personnes interrogées ont soulevé l'idée de régulations et de formations sur le thème de la violence ; celles-ci rentrant parfaitement dans le cadre de réflexions sur les pratiques de soins. Tant les formations que les régulations d'équipe sur la violence permettent au soignant qui y participe, de réfléchir à sa façon d'exercer et d'entrer en relation avec le malade, mais aussi de redéfinir la notion de qualité de ses soins, de sa pratique.

A la suite de la réalisation de cette pré-enquête, nous pouvons poser une première hypothèse, l'hypothèse théorique :

**En l'absence de temps formel de régulation ou de discussion sur le thème de la violence, l'infirmier des Urgences accumule des tensions pouvant favoriser la survenue de violence de la part de la personne soignée.**

D'après ces observations, il s'avère que l'étude d'un autre concept est nécessaire, l'étude de l'analyse de pratique, afin de pouvoir proposer des réponses à la problématique posée.

## **Le concept d'analyse de pratique :**

### **1. La qualité du soin :**

#### **1.1/ Le soin infirmier :**

Le fait de « procurer les soins nécessaires à la guérison de quelqu'un » ou de « rétablir la santé » est le rôle même des soignants. Mais ce soin est commun à toute l'équipe pluridisciplinaire, les infirmiers ont accès à des moyens plus particuliers, qui constituent une part de leurs ressources et de leur spécificité.

- Les soins dit « de base », qui permettent une relation privilégiée au corps d'autrui.

- Une présence continue permet de vivre auprès des personnes soignées, qui peuvent de ce fait exprimer joie, peine, espoir et appréhension, peur et colère. Ce rapport permet à l'infirmier de recueillir des informations visant à promouvoir la santé du malade.

- Les actes plus ou moins techniques, qui représentent pour la majorité une subdivision du travail médical.

Ainsi le soin infirmier doit entrer dans un contexte tenant compte de l'écoute, de l'authenticité, du respect, de la discrétion et du secret, de l'empathie, tout en sachant agir avec discernement et en se posant des limites.

Ceci implique également de prendre soin de soi en gardant une distance qui permet d'optimiser ses ressources et de donner du sens à sa pratique.

## **1.2/ L'objectif du soin infirmier :**

Le but du soin est de garantir la santé.

Celle-ci est alors trop souvent associée à une notion de non-maladie. Il est ainsi difficile de concevoir qu'un malade mourant d'un cancer généralisé, puisse décéder en santé. Pourtant, les actions mises en place, qui ne visent pas à le guérir, auront eut pour objectif de garantir une harmonie, un repos de son être. Ce qui aura donc pu être un échec pour les soignants qui souhaitent la guérison, sera peut-être perçu comme une satisfaction pour ceux qui lui auront permis de partir serein.

De ce fait, le but du soin infirmier n'est pas de garantir la guérison, mais la santé qu'elle soit physique ou psychologique, d'accéder au bien être du malade, en le soulageant, tout en acceptant la réussite ou l'échec de la thérapeutique.

## **1.3/ La notion de qualité :**

La qualité naît de la «valeur ».

Celle-ci n'est pas concrète et n'existe pas réellement en soi dans tel ou tel événement de notre environnement. La valeur correspond plus à une vision, à un but à atteindre, un idéal vers lequel tendre ou, à réaliser. La valeur n'est donc caractérisée que par les moyens utilisés pour l'entretenir ou la faire progresser.

Il en est de même pour la qualité. Elle n'est pas définitive et n'est pas systématique quelque soit la spécificité du service ou du nombre de diplômés d'une personne, d'un soignant. Lorsque celui-ci pose la qualité du soin, cela signifie qu'il se pose dans un idéal professionnel, qu'il s'inscrit dans une démarche quotidienne dans laquelle l'intérêt du patient, le déploiement de sa santé sont le sens même de ses actions ; même si son idéal n'est pas toujours atteint. C'est cette volonté d'évolution qui caractérise la qualité du soin, car c'est «avant tout le fruit du désir du soignant de donner de la force, du relief, de l'inventivité à ses ressources à ses talents, ... Désir, ressources, talents et plaisir sont ainsi les maîtres mots pour que vive la valeur qualité dans une situation donnée ».

## **2. Les attentes des patients :**

Une enquête réalisée en 1998, par l'IFOP, a permis de mettre en évidence les attentes prioritaires des personnes soignées d'un établissement de santé.

La moitié des items énoncés portent sur le relationnel : accueil et ambiance de la structure (40%), amabilité du personnel (36%), écoute et disponibilité (19%), l'information (14%). On peut donc en déduire que les malades souhaitent un hôpital plus «humain » ; surtout que l'on retrouve parmi les 40 % de réponses concernant l'accueil dans la structure autant d'hospitalisés que de visiteurs.

Une autre question permettait de classer du moins prioritaire au plus prioritaire différents items. La diminution des délais d'attente aux Urgences apparaît comme «extrêmement important » pour 49 % des personnes interrogées, soit la 4<sup>e</sup> place ; recoupant ainsi une précédente enquête concernant les professionnels, où 33% des soignants interrogés citaient les délais d'attente comme un problème rencontré régulièrement aux Urgences.

Le besoin d'être tenu informé et soutenu apparaît de même comme un critère important, au même titre que l'accord du patient avant tout acte médical (42 %), ce qui démontre une volonté des personnes soignées de participer à leur prise en charge.

Les résultats de la pré-enquête ont montré que certains des parasites de l'activité de l'infirmier aux urgences, le stress, les non-dits, etc. pouvaient, s'ils n'étaient pas évacués, amener le soignant à adopter des comportements favorisant la survenue de violences de la part de la personne soignée.

Des formations ou des réflexions de l'équipe autour de ce thème, une discussion autour de l'analyse de sa pratique, pourraient alors aboutir à une meilleure gestion de ce phénomène et de ses conséquences sur l'organisme et sa relation à l'autre.

Le problème est donc ici, de savoir si l'infirmier en ne participant pas à ces réflexions, ne présente pas plus de risques d'accumuler un stress dysfonctionnel, facteur potentiel de survenue de violence de la part de la personne prise en charge.

Pour répondre à la problématique, je m'appuierai sur l'hypothèse opérationnelle suivante :

**- Moins les infirmiers des urgences disposent de temps formels de régulation ou de discussion sur le thème de la violence, plus ils accumulent des tensions, pouvant favoriser l'émergence de situations violentes.**

La Variable Dépendante sera : « **L'accumulation de tensions, favorisant l'émergence de situations violentes.** »

La Variable Indépendante sera : « **L'absence de temps formels de régulation ou de discussion.** »

### Choix de l'outil d'enquête :

J'ai choisi d'utiliser le questionnaire comme outil d'enquête, pour différentes raisons :

- Par rapport à l'ampleur du problème posé, soit le thème de la violence dans les services d'Urgences, je ne peux l'étudier et l'analyser par des entretiens, en nombre restrictif. D'où la nécessité de réaliser un questionnaire afin de cerner l'importance de la situation et de l'analyser objectivement.

- Mon travail porte également sur des ressentis, ce qui ne serait objectif si l'étude portait sur un petit nombre d'entretiens.

### Choix de la population ciblée :

Ma volonté a été de cibler la population infirmière, puisque c'est la base même de mon travail.

Il existe également au sein du questionnaire une distinction entre équipe de jour et de nuit, car les situations violentes pourraient s'avérer être différentes de même que les populations rencontrées. Mais ce sont les comportements des soignants par rapport à la violence et leur vécu dans le service qui m'intéressent, pas une évaluation du nombre de situations violentes. Je n'orienterai donc pas mon outil vers une catégorie de personnes en particulier (individu en état d'ivresse, famille des patients, etc,...)

Le service des Urgences sera le lieu de mon enquête puisque c'est le site même où je cible ma problématique.

Je diffuserai donc mon outil d'enquête auprès des infirmiers travaillant dans les services d'Urgences, que ce soit de jour ou de nuit.

### Présentation de l'outil d'enquête :

#### **Objectif n°1 :**

Identifier les différentes catégories de personnes en fonction de leur âge, de leur expérience, de leur rythme de travail.

Sexe :                Féminin                Masculin

Age :

Nombre d'années d'exercice dans ce service :

Poste de jour ou de nuit :

**Objectif n°2 :**

Evaluer le rapport à la violence pour chaque infirmier.

1. Répondez aux phrases suivantes par *toujours(T)*, *souvent(S)*, *parfois(P)*, *rarement(R)*, *jamais(J)* :

- La violence fait partie des urgences.
- Avez-vous déjà fait l'objet de violences verbales de la part d'un patient ou d'un accompagnant, au travail ?
- Avez-vous déjà fait l'objet de violences physiques de la part d'un patient ou d'un accompagnant, au travail ?

**Objectif n°3 :**

Identifier un ressenti par une confrontation à différentes réalités, pour que les soignants arrivent à se situer, et à situer les différents contextes de survenue de violence.

2. D'après vous, quels peuvent être les motifs qui vont amener le patient à passer à l'acte ?

- Une volonté de «casser ».
- Une insatisfaction de ses attentes dans sa prise en charge (attente, sentiment d'être laissé à l'écart, manque d'information ou d'explication,...)
- Une majoration de son angoisse.
- La sensation d'être agressé par un soignant ou l'équipe.
- La sensation d'être manipulé/infantilisé par un soignant ou l'équipe.
- Autres, précisez :

**Objectif n°4 et 5 :**

A l'inverse de « comment doit-on faire », cette question doit permettre d'évaluer le rapport existant entre ce qu'il faut faire et ce qui est fait.

L'identification de certains comportements pouvant influencer la survenue de violence est également un des objectifs de cette question.

3. Comment abordez-vous une personne susceptible d'adopter un comportement violent ?

**Objectif n°6 :**

Evaluer leur confrontation à la réalité et leur acceptation de celle-ci.

4. Pensez-vous que le patient soit le seul responsable dans une réaction violente ?

- Oui             Non            Pourquoi ?

**Objectif n°7 :**

Dans le même sens que l'objectif précédent mais en leur demandant cette fois de mettre des mots sur leur pratique.

5. Pensez-vous que certains de vos gestes ou comportements peuvent engendrer la survenue de violence chez la personne soignée ?

- Oui             Non

Si oui, lesquels et à quoi sont-ils liés ?

**Objectif n°8 :**

Connaître les retombées sur le comportement de l'équipe, de l'activité des Urgences.

6. Pensez-vous qu'il soit possible de garder un comportement dit «soignant » tout au long de sa journée de travail aux Urgences ?

Oui                       Non

Si non, pourquoi et comment cela se manifeste-t-il ?

**Objectif n°9 :**

Evaluer leur capacité à évaluer leur pratique, à remettre en cause des habitudes ou des comportements acquis.

7. Vous arrive-t-il de vous remettre en cause après une agression ?

Jamais                       Parfois                       Toujours

**Objectif n°10 :**

Me confronter à la réalité des services pour évaluer les capacités des structures à soulager les soignants.

8. Avez-vous besoin de vous retrouver un temps au calme après une situation stressante (déchoquage important,...) ?

Oui                       Non

Si oui, l'activité du service vous le permet-elle ?

Jamais                       Parfois                       Toujours

**Objectif n°11 :**

Evaluer les besoins de la population ciblée.

9. Avez-vous des temps formels de discussion ou de régulation par rapport à la violence ?

Oui                       Non

Si oui, qu'est ce que cela vous apporte ?

Si non, est-ce pour vous un manque ?

Oui                       Non                      Pourquoi ?

**Objectif n°12 :**

Evaluer l'état psychologique dans lequel peuvent se situer les soignants en prenant leur poste, et donc l'incidence possible sur les soins.

10. Vous arrive-t-il de ressentir un «ras-le-bol » en prenant votre poste ?

Jamais       Parfois       Toujours      Précisez :

**Objectif n°13 :**

Différencier différentes situations à risque pour différents postes. Eventuellement définir une population de soignants plus concernés.

11. Selon vous quel est le poste infirmier le plus exposé à la violence aux urgences (Infirmière d'accueil et d'orientation, lits-portes, salle de petite traumatologie,...) ?

**Objectif n°14 :**

Dans la même optique que la question n°6, voir s'il existe une augmentation de déclaration à certains moments, où l'infirmier serait plus fragile qu'à d'autres.

12. Remplissez-vous une feuille de «déclaration d'agression physique ou verbale » suite à ces réactions violentes ?

Oui       Non

Si oui, à quel moment de la journée en remplissez-vous le plus ?

**Objectif n°15 et 16 :**

Comparer la différence de prise en charge entre quelqu'un de formé et quelqu'un de non formé, et ainsi pouvoir évaluer l'efficacité de ces formations.

Comparer la fréquence et le type des rapports violents avec le nombre de formations.

13. Avez-vous reçu une formation sur la gestion de la violence ?

Oui       Non

**Objectif n°17 et 18 :**

Evaluer leur rapport à la violence.

Comparer ce qu'ils pensent devoir faire et ce qu'ils font vraiment (question 3).

14. Comment pensez-vous qu'il faille se comporter face à une personne violente envers les soignants aux Urgences ?

**Déroulement de l'enquête :**

Afin d'établir une recherche objective et représentative d'un phénomène national, j'ai pris la décision de contacter un nombre équivalent de Centres Hospitaliers et de Centres Hospitaliers Universitaires, dans différentes régions de France. J'ai ainsi sollicité les Hôpitaux d'Angoulême, Bordeaux, Brest, l'hôpital de la Conception et l'hôpital Nord à Marseille, Montpellier, les hôpitaux Avicennes, Bichat, de l'Hôtel Dieu et Saint Antoine à Paris, Rochefort, La Rochelle, Saintes et Strasbourg, soit 14 hôpitaux.

Certains centres ayant répondu trop tard et d'autres ayant refusé, mon outil d'enquête a été diffusé dans 8 structures hospitalières.

Entre 10 et 20 questionnaires ont été envoyés dans chaque service d'Urgences, aux cadres infirmiers responsables, avec une date limite de renvoi située au 30 Juin 2001.

120 questionnaires ont donc transité, entre la fin du mois de Mai et le 10 Juin, à travers la France.

Au 30 Juin, 53 questionnaires ont été récupérés dans les hôpitaux d'Angoulême, Bordeaux, Montpellier, Bichat, Rochefort et Saintes.

Après dépouillement, les résultats de ceux-ci ont été analysés.

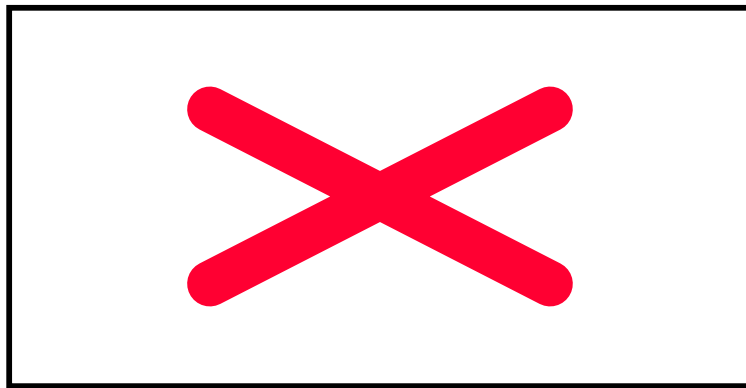
Nous étudierons tout d'abord les résultats fournis par l'ensemble des questionnaires au travers de l'analyse statistique et critique. Puis dans un deuxième temps, nous ciblerons une population plus particulièrement concernée par la problématique et l'hypothèse posées.

## 1. Analyse statistique :

### ➤ Identification de la population :

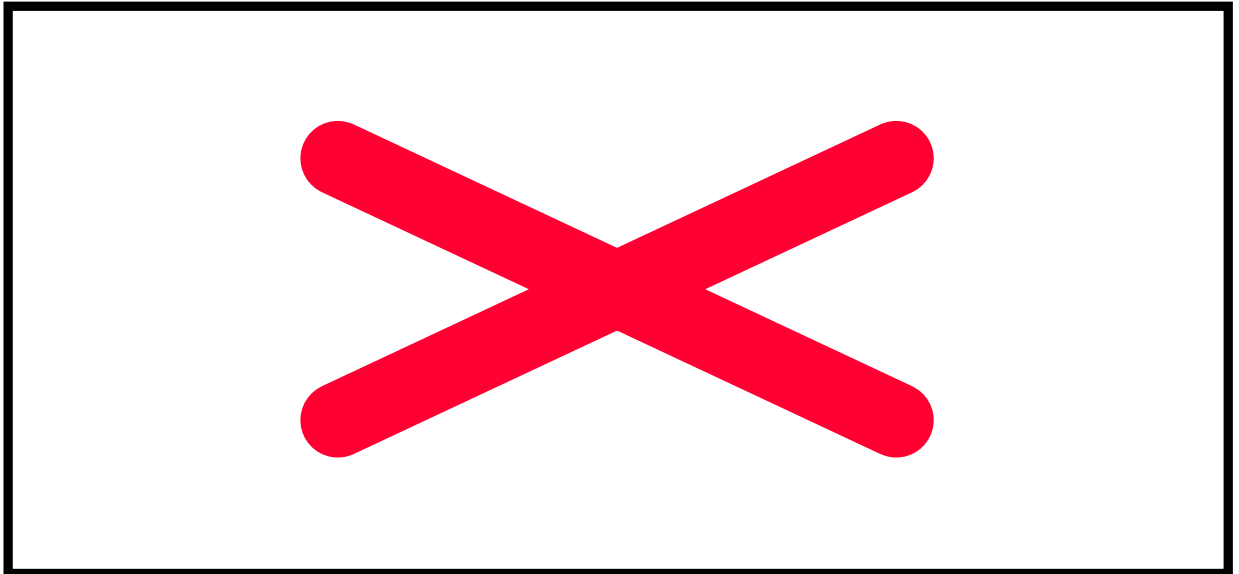
La population interrogée est composée de 39 femmes pour 14 hommes, dont les âges sont compris entre 22 ans et 51 ans, pour une moyenne de 34.4 ans (N=36.5ans).

42 % des soignants ont un poste de jour, pour 48 % qui alternent jour et nuit, et 10 % travaillant de nuit.



Leur expérience professionnelle des services d'Urgences varie entre 1 mois et 18 ans, pour une moyenne de 5.4 ans (N= 9 ans).

On peut remarquer que la population interrogée a, en majorité, une jeune expérience des services d'Urgences.



➤ Evaluation du rapport à la violence :

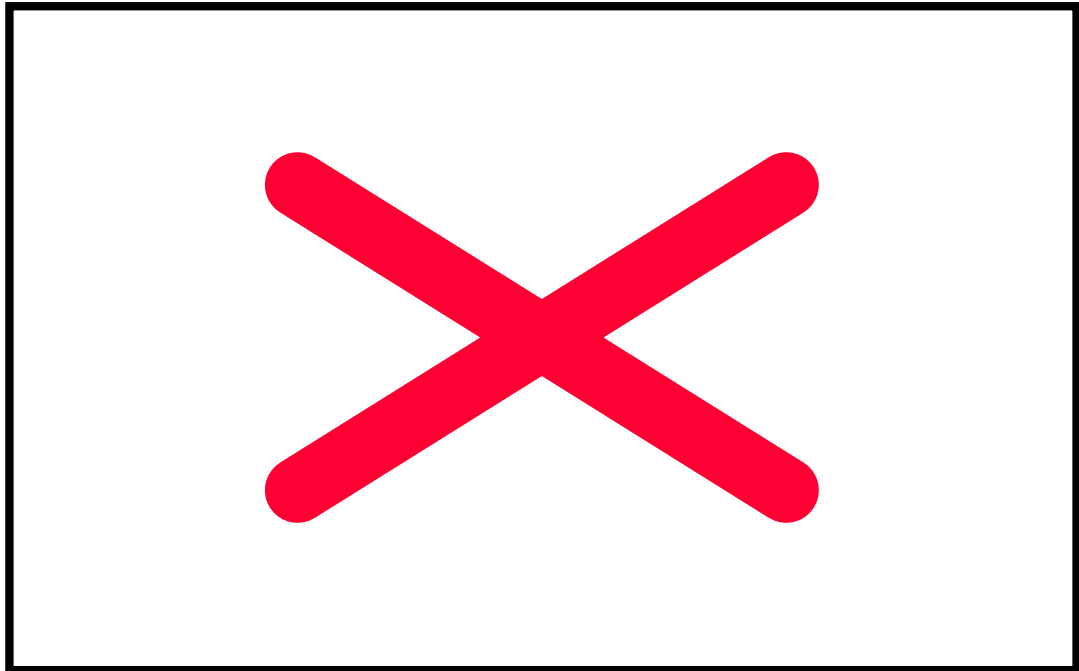
**Question n°1 :**

A la phrase « la violence fait partie des urgences », la majorité des infirmiers, soit 60 %, a répondu *S (Souvent)*, 21 % ont répondu *T (Toujours)* et 17 % ont répondu *P (Parfois)*. 2 % des soignants n'ont pas répondu.

A la question « avez-vous fait l'objet de violences verbales de la part d'un patient ou d'un accompagnant, au travail ? », 53 % ont répondu *P (Parfois)*, 42 % ont répondu *S (Souvent)*, et 6 % *R (Rarement)*.

A la question « avez-vous fait l'objet de violences physiques de la part d'un patient ou d'un accompagnant, au travail ? », 43 % des soignants ont répondu *P (Parfois)*, 42 % ont répondu *R (Rarement)*, 13 % *J (Jamais)*, et 2 % *S (Souvent)*.

La violence fait donc souvent partie des Urgences avec une légère prédominance pour la violence de type verbale.



➤ Identification des ressentis des soignants quant aux causes de la violence :

**Question n°2 :**

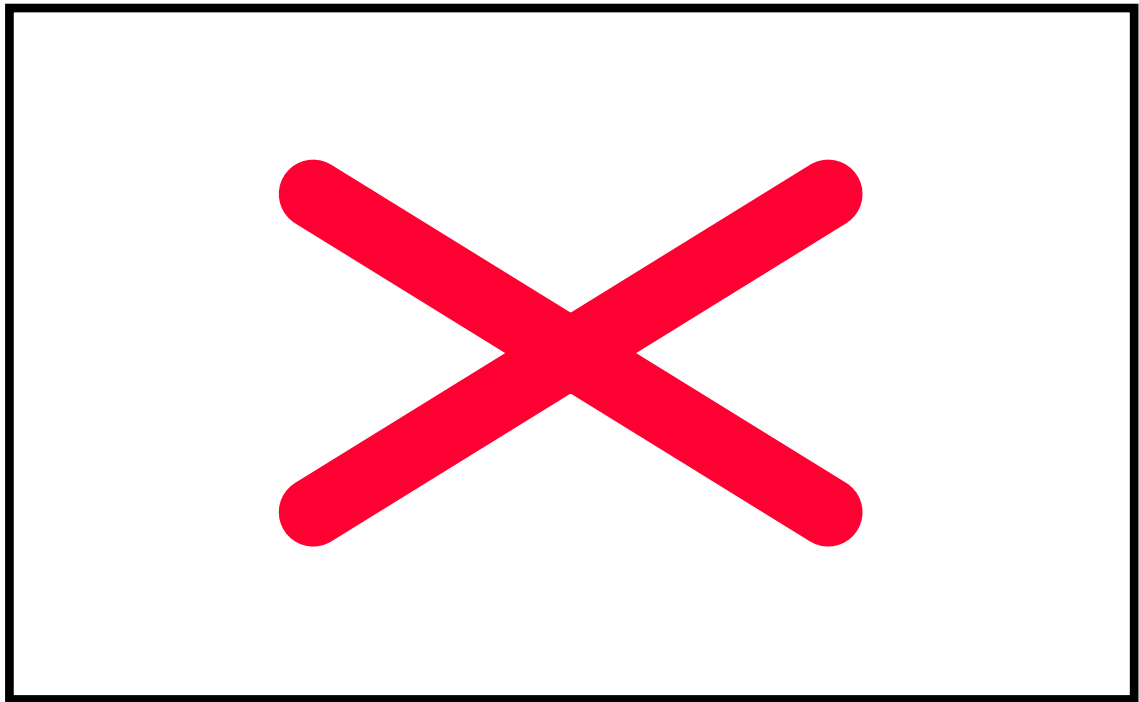
83 % des infirmiers interrogés ont répondu qu'il s'agissait, dans la plupart des cas de violence, d'une insatisfaction des attentes du patient dans sa prise en charge.

Pour 59 % d'entre eux, il s'agit d'une majoration de l'angoisse du patient.

42 % des soignants, soit 17% de l'ensemble des réponses, indiquent qu'il existe une volonté de « casser » de la part de la personne soignée dans certains cas.

La sensation d'être agressé par un soignant ou l'équipe est mise en avant par 30 % des personnes interrogées, contre 13 % en ce qui concerne la sensation de manipulation/infantilisation de la part de ces mêmes personnes.

D'autres propositions, soit 8 % de l'ensemble des réponses, ont été faites par les soignants à savoir l'alcoolisation du malade – 13% des soignants – les troubles psychiatriques – 9 % des soignants – la toxicomanie – 3 % des soignants – et la douleur de la personne soignée – 2 % des soignants.



- Prise en charge infirmière de la personne violente ; ce qui est fait :

**Question n°3 :**

Les infirmiers ayant proposé un grand nombre de conduites à tenir différentes, un tableau a permis de classer celles-ci par thèmes :

Propositions	Pourcentages
Adopter une attitude sereine et neutre	66 %
Dialoguer avec le malade	23 %
Reconnaître sa propre agressivité	21 %
Poser un cadre	17 %
Contenir la personne et sa violence	15 %
Donner des explications (soins, etc.)	15 %
Laisser s'exprimer la personne	15 %
Rassurer la personne	13 %
Rechercher les points de désaccords	9 %
Se protéger	9 %
Isoler la personne	6 %
Agir au cas par cas	4 %

Il y a donc une attitude reprise par presque toutes les personnes interrogées, à savoir aborder le malade violent calmement, sans hausser le ton.

La nécessité d'utiliser le dialogue plutôt que l'usage de la force est également une dimension importante à retenir, dans le sens où celui-ci va permettre d'éviter de basculer dans un cycle d'entretien de la violence.

Les 4 propositions les plus retrouvées peuvent en fait être elles-mêmes regroupées dans une catégorie, « le désamorçage de la crise ». On y retrouve donc la sérénité, le calme et le dialogue nécessaires à la prise en charge de la violence, des attitudes visant à ne pas aggraver la situation – ne pas rentrer dans son jeu, anticiper la crise, éviter le rapport de force, etc. – mais également la pose d'un cadre, montrant ainsi une certaine fermeté de l'infirmier et une volonté de ne pas se laisser dominer.

➤ Evaluer la confrontation à la réalité des soignants et leur acceptation de celle-ci :

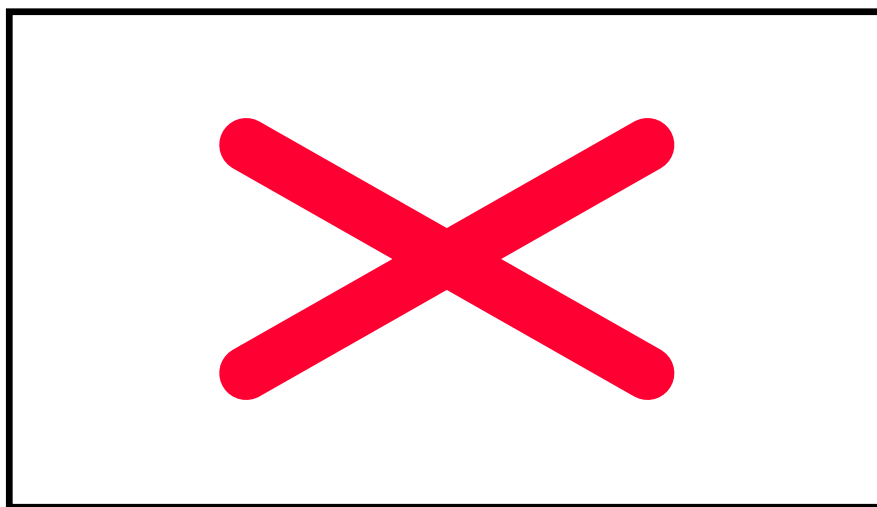
**Question n°4 :**

85 % des soignants pensent que la personne malade n'est pas la seule responsable dans les manifestations de violence au sein du service.

On retrouve dans les justifications que la violence parfois sous jacente, non exprimée, des personnes soignées, apparaît suite à certains comportements des soignants.

11 % des infirmiers ne conçoivent pas, au contraire, que le malade ne soit pas le seul concerné et argumentent en écrivant que « le patient comme toute autre personne, est responsable de ses actes ».

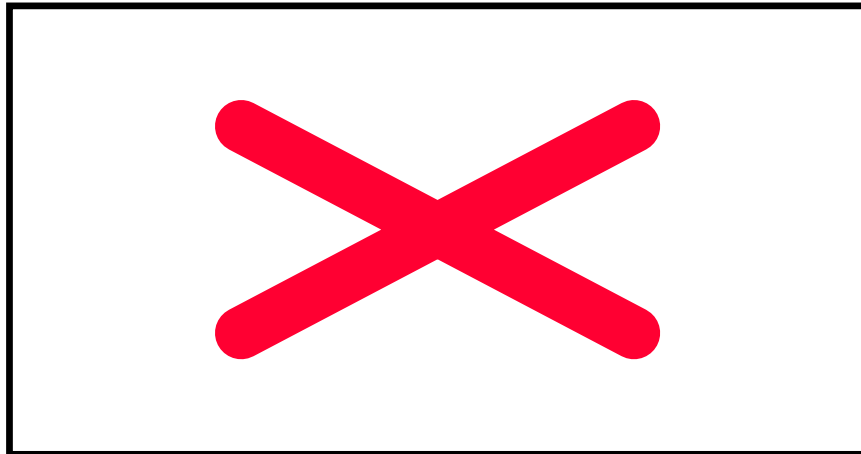
4 % ont un avis mitigé.



**Question n°5 :**

En ce qui concerne l'acceptation du fait que des comportements ou gestes de l'infirmier puissent engendrer la survenue de violence chez la personne soignée, 71% des personnes interrogées ont répondu qu'elles étaient d'accord.

Elles ont justifié en notant que le stress, la fatigue, le surmenage et l'exaspération dont étaient victimes les soignants pouvaient entraîner ce genre de réactions. En effet, comme l'indiquent ceux-ci, ces facteurs sont la cause d'apparition d'indifférence, d'impatience et d'énervement chez l'infirmier des Urgences et ce sont ces comportements qui vont engendrer la survenue de violence chez la personne qu'il prend en charge.



23 % des infirmiers interrogés ont déclaré que leur façon de prendre en charge la personne soignée n'engendrait pas de violence chez celle-ci.

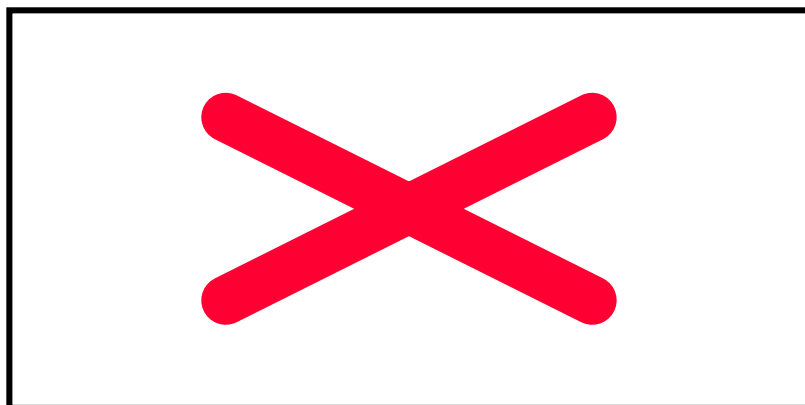
6 % n'ont pas répondu.

On peut donc conclure que pour l'essentiel, les soignants pensent que le malade n'est pas le seul responsable dans ses manifestations de violence, mais qu'ils y jouent également un rôle important.

➤ Existence d'une accumulation de tensions non compatibles avec la relation soignant-soigné :

**Question n°6 :**

40 % des personnes interrogées, soit plus d'une personne sur trois, affirment ne pas avoir un comportement dit « soignant » tout au long de leur journée de travail. L'atteinte d'un « seuil de saturation » où « l'on entend plus » les demandes ou les plaintes des patients, amène les soignants à se montrer « désagréables » avec les malades. Les infirmiers accusent la fatigue, l'énervement, la froideur de l'accueil, le ras-le-bol consécutifs à une « accumulation » de stress et de « prise sur soi ».



49 % des personnes interrogées n'expriment pas le même avis, et pensent avoir la même capacité relationnelle de l'heure de la prise de leur poste et la fin de celui-ci.

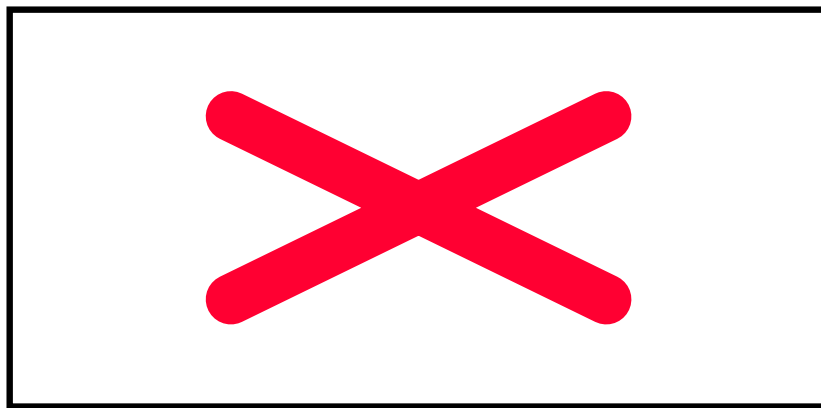
On relèvera que parmi ceux-ci, certains ont quand même écrit ne plus avoir un comportement « soignant » en fin de journée, malgré avoir coché la réponse *Oui* à la question.

De plus 11 % des infirmiers ont répondu *Oui* et *Non*.

➤ La capacité de remise en question des soignants :

**Question n°7 :**

Ils sont près de 90 % des soignants interrogés à se remettre en cause plus ou moins régulièrement après une agression, contre 9 % à ne jamais revenir sur leur pratique.



32 % des soignants se remettent systématiquement en question.

59 % , parfois.

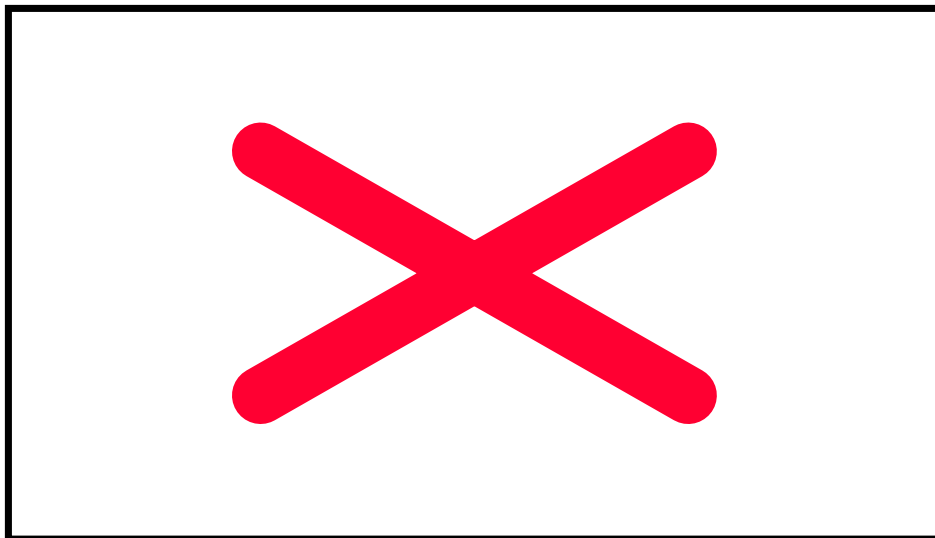
9 % ne le font jamais.

➤ La difficulté qu'ont les infirmiers des urgences à prendre du temps pour évacuer leur stress ou exprimer leur ressenti :

**Question n°8 :**

La grande majorité des personnes interrogées avouent leur besoin de prendre un temps au calme, après un évènement au potentiel émotionnel fort, soit 93 % de celles-ci.

Mais paradoxalement, ils ne sont que peu de soignants à pouvoir prendre ce temps dès qu'ils en ressentent le besoin. En effet, 17 % ne peuvent jamais le prendre, ou très rarement, et ils sont 72 % à avoir une activité professionnelle qui ne leur permet que parfois. Finalement, il n'y a que 4 % du personnel infirmier qui puissent toujours s'accorder un instant de repos, quoique parmi ces 4 % ils ne sont véritablement que 2 % à le prendre vraiment ; certains ayant en fait répondu « pas toujours ».

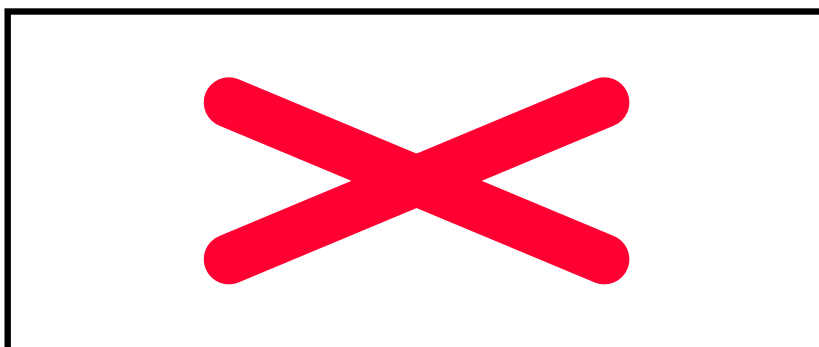
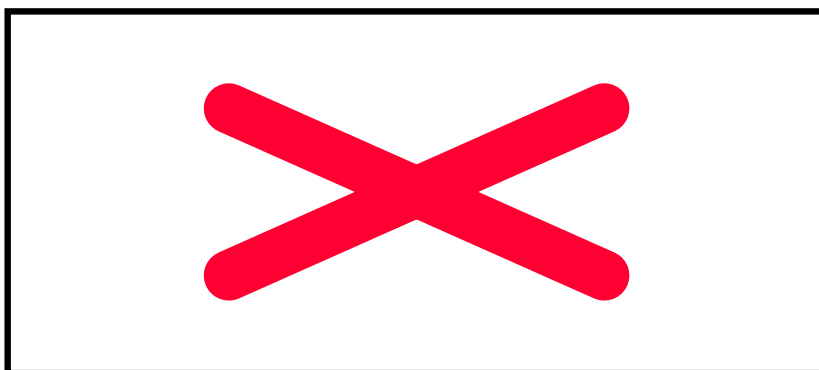


**Question n°9 :**

90 % des personnes interrogées avouent ne pas avoir de temps formels de régulation ou de discussion autour du thème de la violence.

85 % de ces mêmes personnes, pensent qu'il s'agit d'un manque : « il y a une accumulation de non-dis et de stress préjudiciable ». Ces temps permettraient, selon les soignants ayant exprimé ce manque, de gérer son stress et d'évacuer des tensions par une verbalisation, de se remettre en question en groupe, que tout le monde puisse être écouté et exprime son ressenti.

Pour 13 % des personnes ne bénéficiant pas de temps formels de régulation ou de discussion sur le thème de la violence, il ne s'agit pas d'un manque ; certaines d'entre elles ayant expliqué qu'elles pouvaient le faire entre elles de façon informelle, ou à l'extérieur de leur milieu de travail.



Il semble donc exister un manque évident en ce qui concerne la possibilité pour les soignants, de pouvoir prendre du temps pour évacuer les tensions accumulées pendant leur journée de travail que ce soit par des temps de régulation formels, ou par des temps de calme, après des évènements générateurs de stress intense.

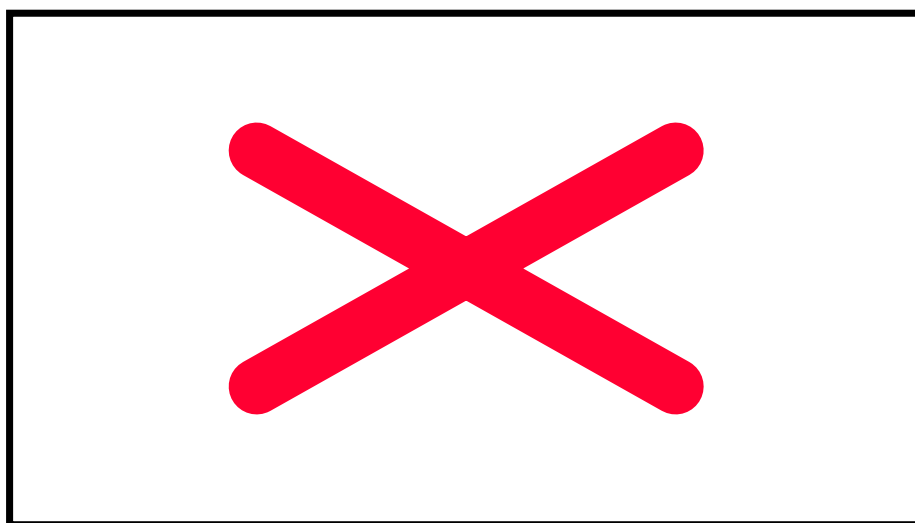
➤ Les conséquences de l'accumulation de tensions aux Urgences :

**Question n°10 :**

À la question « vous arrive-t-il de ressentir un « ras-le-bol » en prenant votre poste ? », 17 % des personnes interrogées ont répondu *rarement* ou *jamais*. Le reste des soignants le ressent au moins parfois, 79 %, mais ils sont quand même peu à le ressentir souvent, soit 4 %.

Personne n'a répondu qu'il vivait ce « ras-le-bol » quotidiennement.

Les causes citées comme responsables de cet état d'esprit sont une succession de situations stressantes, la répétition quasi quotidienne de problèmes ne trouvant pas de solutions, l'impression d'être seul face aux difficultés (I.A.O.). Les manifestations possibles de ce ras-le-bol sont le stress, une certaine lassitude, voire une démotivation, et une appréhension de la journée à venir.

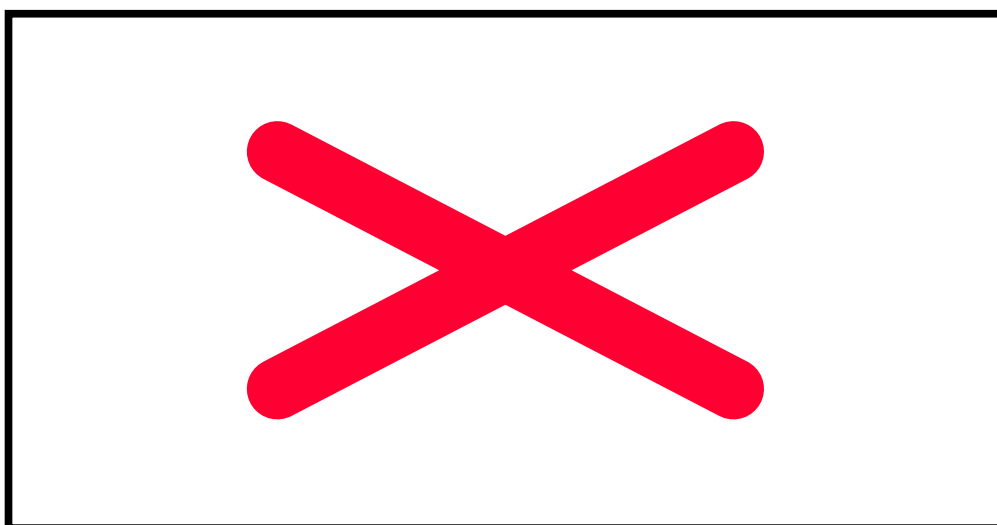


Ce sentiment de malaise n'est donc pas un fait isolé, mais est ressenti de façon plus ou moins importante et régulière par les soignants.

➤ La difficile exposition de l'infirmière d'accueil :

**Question n°11 :**

Ils sont près de 98 % à penser que l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation est un poste exposé à la violence. Cette réponse a été donnée en proportion beaucoup plus importante que les autres, à savoir 30 % des soignants pour l'infirmier des Soins d'Urgences, 28 % des soignants pour l'infirmier des Lits-porte et 9 % pour l'infirmier du S.M.U.R.



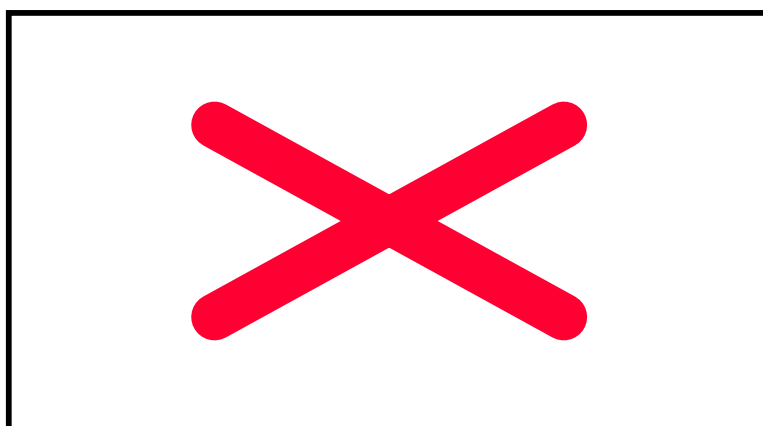
L'I.A.O. apparaît être le poste le plus largement confronté à la violence. La souffrance est de plus augmentée par la sensation d'être seul face aux difficultés (cf. question n°10).

➤ La feuille de déclaration d'agression physique ou verbale :

**Question n°12 :**

La majorité des infirmiers interrogés a répondu qu'ils ne remplissent pas ce type de feuilles, à savoir 55 %. Les 45 % restants les remplissent dans la plupart des cas en fin d'après-midi ou la nuit, ce qui éventuellement peut être la fin d'une journée de travail – fin d'après-midi ou fin de nuit.

Parmi les personnes remplissant ces feuilles, on retrouve des personnes ne signalant que les agressions d'ordre physique, les agressions verbales leur paraissant trop nombreuses pour être signalées. Dans le même ordre d'idée, certains soignants ne les remplissent qu'en cas de violences importantes, la violence « générale » étant trop fréquente.

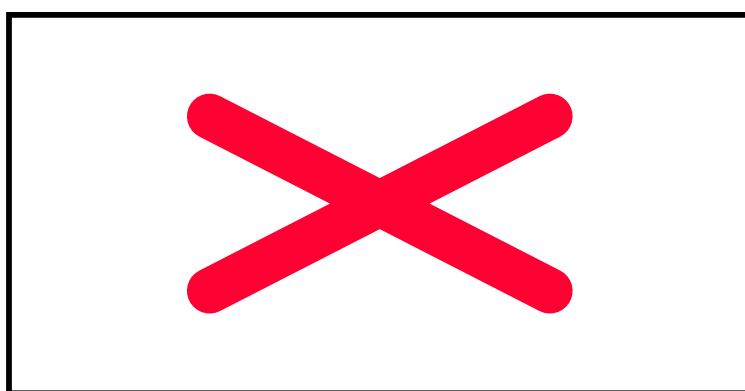


Les infirmiers des Urgences ont apparemment des difficultés à noter toutes les situations de violence auxquelles ils sont confrontés, de part leur trop grand nombre. On notera quand même le taux de remplissage plus important des feuilles en fin d'après-midi et la nuit.

➤ Un autre moyen d'évacuer et d'échanger sur la violence :

**Question n°13 :**

Les formations sur le thème de la violence ne sont pas répandues en grand nombre chez les soignants interrogés. 74 % n'ont pas assisté à des formations, une personne a précisé qu'elle avait simplement participé à une réunion. Les 26 % restant ont bénéficié d'une formation.



➤ Prise en charge infirmière de la personne violente ; ce qui doit être fait :

**Question n°14 :**

Devant le grand nombre de réponses données par les personnes interrogées, la réalisation d'un tableau, classant par thèmes ces différentes propositions, a été nécessaire.

Propositions	Pourcentages
Adopter une attitude sereine et neutre	40 %
Poser un cadre	26 %
Contenir la personne et sa violence	17 %
Agir au cas par cas	17 %
Rassurer la personne	15 %
Se protéger et protéger les malades	15 %
Dialoguer avec le malade	13 %
Laisser s'exprimer la personne	11 %
Expliquer la situation (soins, etc.)	11 %
Reconnaître sa propre agressivité	9 %
Faire chuter la tension	7 %
Sanctionner les actes	4 %
Adopter une attitude indifférente	2 %
Rechercher les points de désaccords	2 %

Pour 40 % de la population interrogée, la prise en charge de la violence passe par un comportement calme et ne faisant pas transparaître de jugements. Mais si le soignant adopte une attitude propre au dialogue, ils ne sont que 13 % à le proposer contre 17 % qui lui préfère la contention chimique ou physique. Ainsi apparaissent deux tendances : la plus fréquente, qui prône l'utilisation de la force et la protection des individus présents dans le service, et l'autre amenant le soignant à établir une forme de relation d'aide par le dialogue, l'apport d'explications, l'écoute mais aussi la reconnaissance de sa propre agressivité envers le malade.

## 2. Analyse critique :

### ➤ Une population soignante à l'exercice professionnel récent, dans le milieu des Urgences :

En effet, plus de la moitié y travaille depuis moins de 4 ans. Ce qui rejoindrait l'idée que les soignants iraient dans des services réputés difficiles en début de carrière. Il est à signaler, par ailleurs, que plus nous sommes débutants dans un domaine, plus nous sommes sur un mode de fonctionnement dit « à risque » dans le sens où nous présentons plus de risque d'épuisement professionnel.

### ➤ « Violence au S.A.T.U., mythe ou réalité » :

La violence est présente dans les services d'Urgences pour 81 % des soignants interrogés (réponses « Toujours » et « Souvent »). La violence prend différentes formes. Il apparaît que 42 % des soignants reconnaissent être souvent les victimes de violences verbales, soit 42 % des personnes qui sont pris à parti régulièrement, même si la violence ne s'adresse pas forcément à une personne en particulier mais à la structure. En ce qui concerne la violence physique, il s'avère que 85 % des soignants interrogés en ont été au moins une fois victime. Paradoxalement, il semble que 55 % d'entre eux ne remplissent pas de feuilles de déclaration d'agressions physiques ou verbales, même si celles-ci existent, ou bien ne les remplissent qu'en cas d'agressions physiques.

Elle constitue donc pour la grande majorité des infirmiers une composante quotidienne de leur profession, une réalité de leur environnement de soins. Cette donnée rejoint les résultats d'une étude publiée par le SATU de l'hôpital de la Conception, à Marseille, qui montrait que 80% des soignants des services d'Urgences de Marseille considèrent la violence comme un élément quotidien de leur pratique, certains ne pouvant même plus chiffrer le nombre d'agressions physiques dont ils ont été victimes.

On peut donc se poser la question suivante : la violence n'est-elle pas devenue un fait banal aux Urgences ?

### ➤ Les soignants des urgences se confrontent à une réalité de la violence :

85 % des soignants se reconnaissent comme potentiellement responsables de survenue de violence chez la personne soignée, que ce soit par la prise en charge jugée insatisfaisante par le malade – 83 % des soignants – par une sensation d'agression ou de manipulation de la part de l'équipe – 30 % et 13 % ; ces réponses représentent 52 % de l'ensemble des réponses données. Donc dans plus de la moitié

des cas, les soignants des urgences reconnaissent influencer la survenue de violence. De plus, se surajoutent à cela d'autres réponses : 59 % des soignants citent la majoration de l'angoisse dans la liste des motifs de réactions violentes. Cette angoisse peut effectivement être augmentée par un comportement de l'infirmier inadapté, à savoir un manque d'informations, ou d'explications qui vont amener le malade à voir toutes les solutions à son angoisse disparaître. 13 % de l'ensemble des réponses placent l'alcool comme cause possible de passage à l'acte. Comme nous l'avons vu dans le concept de violence, les personnes en état d'ivresse n'intègrent que les stimuli les plus significatifs et répondent donc plus facilement par la violence à une sensation d'agression même si celle-ci n'est pas évidente pour le soignant. Enfin, un soignant a indiqué que la douleur et les soins invasifs pouvaient être des raisons pour le patient de se montrer violent.

Si l'on ajoute donc ces dernières données, on observe que l'implication de l'infirmier dans la survenue d'actes violents est présente dans 82 % des réponses. Nous en déduisons qu'il n'existe que peu de cas où le malade est seul responsable de l'expression de violence dans les services d'Urgences. Cela se confirme par les résultats des questions 4 et 5 : 85 % des soignants pensent que le patient n'est pas le seul responsable dans une réaction violente, et 73 % considèrent que leurs gestes et comportements peuvent favoriser l'émergence de situations violentes.

On ne pourra donc pas nier qu'il existe des situations où le patient se rend dans le service pour « casser », mais on ne pourra pas nier non plus le fait que l'infirmier des Urgences, par son comportement ou ses gestes, influence la survenue de la violence de la part de la personne qu'il prend en charge.

Il faut justement se demander ce qui fait que l'infirmier va adopter ces comportements.

### ➤ La difficulté pour les professionnels rencontrés de conserver une attitude « soignante » tout au long de leur journée de travail :

Plus d'une personne interrogée sur trois reconnaît ne pas avoir un comportement « soignant » durant toute la prise de son poste. Pourtant, si ces personnes sont 40 % à l'admettre, elles sont également nombreuses à ne pas le concevoir clairement, mais tout en donnant des indices, qui nous amènent à penser qu'elles aussi ont un comportement qui ne sort pas indemne de huit heures de travail.

Mais pourquoi le soignant voit-il son mode de fonctionnement changer si radicalement, passant d'une écoute empathique à un véritable ras-le-bol ?

On retrouve dans de nombreux questionnaires la notion d'« accumulation » : accumulation de stress, de frustrations, d'agressions, de situations insolubles répétitives, d'angoisses qui amènent le soignant jusqu'à un seuil de saturation.

Cet état d'esprit devrait amener le personnel à prendre une pause ou à en discuter en équipe, mais le fait est que 17 % de celui-ci n'a jamais accès à la pause, ou que très rarement, et que pour 72 % elle n'est pas systématique. En ce qui concerne la possibilité d'en discuter formellement en équipe, des temps réguliers de dialogue, voire de « débriefing », n'existent que chez 8 % des personnes interrogées – soit assez peu de services – et seulement 26 % des soignants ont pu accéder à une formation sur le thème de la violence, ce qui permettrait pourtant à nombre de personnes

d'obtenir des réponses aux questions qu'elles se posent – sachant que l'incompréhension est un facteur important de stress.

On peut donc comprendre que s'ils sont 91 % des soignants à avoir besoin de se remettre en cause plus ou moins régulièrement après une confrontation à la violence, donc de faire une pause, de réfléchir à leur pratique, ils sont 85 % à éprouver le manque de temps de régulation formels sur le thème de la violence.

Ces temps - et ces formations - si l'on en croit les justifications des infirmiers, permettraient d'évacuer le stress, les tensions accumulées, par une verbalisation, la possibilité d'exprimer son ressenti et le sentiment d'être écouté.

Ce manque se traduit par une sensation d'être seul face aux difficultés et par une sommation de « non-dis préjudiciables ». L'I.A.O., par exemple, par son poste, est excentré du reste de l'équipe et doit donc assumer seul les critiques, plaintes, agressions, etc. des patients et de leur entourage. On retrouve donc parmi les 83 % de personnes éprouvant plus ou moins régulièrement un ras-le-bol en prenant leur poste, plusieurs soignants qui l'éprouvent lorsqu'ils sont en poste d'I.A.O., du fait du manque de possibilité de parler de ces problèmes en groupe ou de prendre une pause.

L'émotion liée à son activité - vie, mort, souffrance – l'incompréhension de situations difficiles et répétitives, la pression inhérente à l'activité d'infirmier en service d'Urgences et le stress quotidien font du soignant une victime possible d'une usure psychologique, d'un risque d'épuisement professionnel.

Ce dernier peut, à plus ou moins long terme, entraîner l'infirmier à adopter les comportements suivants, repris par les soignants interrogés : **froideur, atteinte d'un seuil de saturation émotionnelle** – éléments donnés par certains membres de la population ciblée en ce qui concernait leur façon d'être lorsqu'ils n'étaient « plus soignants » - **une diminution de l'écoute** – qui rejoindrait l'idée d'un refus d'agir ou de répondre à une demande anodine - **énervement** - possible témoin d'une rigidité du professionnel mise en place pour résister aux changements – **lassitude** et **insatisfaction** – qui peuvent être représentatives de la diminution de l'accomplissement personnel.

Une chose est essentielle à retenir, nous ne sommes pas en train de montrer que tous les soignants qui ont participé à cette enquête souffrent d'épuisement professionnel, puisque aucun d'entre eux n'a présenté tous ces signes, mais qu'ils ont pour beaucoup, en raison des conséquences de leur activité et de leur manque de possibilité d'évacuer les tensions accumulées, au sein du service, un risque plus ou moins important de développer ce syndrome.

Un autre témoin peut nous permettre d'évaluer l'usure des soignants : la déclaration d'agression physique et verbale.

➤ [Le remplissage de la feuille de déclaration d'agressions physiques ou verbales :](#)

Les résultats de l'enquête montrent que la majorité des infirmiers interrogés, 55 %, ne remplissent pas de feuilles de déclaration d'agression.

Plusieurs hypothèses peuvent être envisagées :

- La violence serait devenue un élément quotidien et presque banalisé de l'activité des urgences. De ce fait, les soignants ne chercheraient plus à déclarer ce genre d'incident, ceux-ci étant devenus partie intégrante de leur pratique, comme le montre la question n°1. Apparaît ainsi un sentiment de démotivation devant la succession de ces situations insolubles. On retrouve donc ici une des conclusions dressées par le S.A.T.U. de l'hôpital de la Conception, à Marseille, lors de l'étude précédemment citée, qui mettait en évidence le fait qu'il n'y avait que peu d'arrêts de travail ou de dépôts de plaintes par rapport au nombre d'agressions signalées.
- La feuille de déclaration d'agressions physiques ou verbales ne serait pas mise en place. Il s'avère, après l'étude des sites d'enquête qu'au moins 5 services sur 6 ont adopté ce mode d'évaluation de la violence.
- Les soignants ne signaleraient que les agressions physiques. C'est en effet le cas pour au moins 4 % des personnes interrogées. Cet aspect rejoint la première hypothèse, dans le sens où la violence verbale serait tellement fréquente et répétitive que les soignants se démotiveraient à lutter contre celle-ci.

Parmi les personnes qui remplissent cette déclaration, soit 45 % du personnel infirmier interrogé, une tendance émerge en ce qui concerne le moment de la journée où celle-ci est complétée. La majorité des personnes ayant précisé le moment, 60 %, ont déclaré qu'elles la remplissaient en fin de journée de travail – ou en fin d'après-midi et la nuit, pour des soignants travaillant essentiellement le jour, donc en fin de service. On peut alors émettre l'hypothèse suivante : en fin de journée, les membres du personnel infirmier ont accumulé des tensions qui les confrontent d'avantage avec la violence.

Par le biais de la question n°6, on s'aperçoit en effet que plus d'une personne sur trois avoue ne plus avoir un comportement soignant à la fin de son service, de part l'accumulation de tensions secondaires à son activité.

Nous allons donc étudier le rapport existant entre les « comportements plus ou moins soignants » et la participation à des temps formels de régulation sur le thème de la violence.

### 3. Analyse des comportements de la population ciblée :

L'hypothèse établie nous amenait à nous centrer sur une population en particulier, celle qui a accumulé des tensions tout au long de sa journée de travail. La population qui a donc été distinguée est celle qui avait répondu « Non » à la question n°6, avouant ainsi qu'elle n'avait plus un comportement soignant en fin de service.

Une comparaison entre cette population et celle considérant être soignante tout au long de la prise de son poste a donc été réalisée, en ce qui concerne la possibilité pour elles de participer à des temps formels de régulation, ou à leur possibilité de prendre des temps au calme suite à des situations au potentiel émotionnel fort.

Les réponses attendues, pour que l'hypothèse soit validée, sont une différence d'accès à ces différents temps entre les deux populations, à savoir un manque chez les personnes ayant répondu « Non » à la question n°6, et une plus grande facilité chez les autres.

La population n°1 n'ayant pas un comportement soignant en fin de journée, représente 40 % de la population totale – nous l'appellerons population n°1 – celle ayant déclaré le contraire – population n°2 – en représentant 49 %. Les réponses des personnes ayant répondu « Oui et Non » à la question n°6 – 11 % des soignants interrogés - n'ont pas été prises en compte.

En ce qui concerne le besoin de prendre un temps au calme ressenti par les deux populations, il s'avère qu'il est nécessaire chez chacune d'entre elles, de façon importante à savoir 86 % de la population n°1 et 92 % de la population n°2.

Il n'est pas possible de le prendre systématiquement pour l'essentiel des deux groupes. 100 % de la population n°2 ne peut pas le prendre tout le temps – Jamais : 17 %, Rarement : 4%, Parfois : 79 % - c'est également le cas de la population n°1 – Jamais : 11 %, Pas Toujours : 6 %, Parfois : 83 %.

Populations	Jamais de pauses	Rarement	Pas toujours	Parfois	Toujours
Population n°1	11 %	0 %	6 %	83 %	0 %
Population n°2	17 %	4 %	0 %	79 %	0 %

Nous avons donc deux populations aux comportements différents, mais dont les difficultés se rejoignent. L'absence de possibilité de s'accorder une pause suite à une situation très stressante, anxiogène, ne semble pas être retrouvée en fréquence plus importante chez la population n°1. Le lien entre absence de pause et comportement non soignant, n'est donc pas évident.

L'existence de temps formels de régulation ou de discussion est soumise à la même observation. En effet, si 86 % de la population n°1 ont répondu « Non » à la question n°9, montrant ainsi l'absence de temps formels de régulation ou de discussion, 92 % de la population n°2 ont fait le même constat. Nous avons donc encore une fois une même tendance qui émerge, mais cette fois, il y a en plus une majorité de personnes, ayant un comportement dit « soignant » en fin de service, qui présente une absence de ces temps.

Là encore il ne semble pas exister de lien direct entre absence de temps formel de régulation ou de discussion et comportement soignant.

Populations	Existence d'un temps formel	Absence de temps formel
Population n°1	14 %	86 %
Population n°2	4 %	92 %

On notera tout de même qu'il existe d'avantage de réponses dans le sens d'un manque de ces échanges chez la population n°1. En effet, ils sont 94 % de ce groupe à répondre « Oui » à la question du manque, contre 71 % pour l'autre.

Nous pouvons soumettre l'idée que la population n°1, en exprimant sa difficulté à évacuer son stress lors de temps de repos dans le service, montre le manque existant au travers de l'absence de temps formel de régulation. Ce serait alors pour eux le moyen d'évacuer tous les non-dis et l'accumulation du stress, des tensions

diverses. Ces personnes l'exprimeraient d'avantage du fait qu'elles se conçoivent déjà comme non-soignantes en fin de service. Elles sauraient alors qu'elles ont besoin de ces échanges, ne pouvant pas profiter de moments de « décompression ». La population n°2, même si elle exprime également ce manque, le ferait de manière moins importante, car en ne se concevant pas comme non-soignant, elle sentirait de façon moindre la nécessité de participer à ces temps.

Un autre constat est tout de même à faire : 8 % de la population n°2 ont avancé des justifications dans la question n°6 qui pourraient faire penser que leur réponse est incertaine. Certains avouent qu'en fin de journée, leurs comportements font qu'ils sont quand même moins à l'écoute de leurs patients. 100 % d'entre eux ressentent le besoin de faire une pause suite à une situation stressante, mais 100 % ne peuvent pas la faire systématiquement (Parfois). Ils sont également 100 % à ne pas avoir de temps formel de régulation ou de discussion et à en éprouver le manque.

On pourrait rajouter à ceux là, les personnes ayant répondu Oui et Non à la question n°6, dont les réponses vont dans le même sens, mais pour la clarté de la comparaison entre les deux populations, cette addition n'aura pas lieu.

Il ne se dégage donc pas de cette analyse des valeurs qui puissent nous permettre de dire que « moins les infirmiers disposent de temps formels de régulation ou de discussion, plus ils accumulent de tensions pouvant engendrer des réactions violentes chez la personne soignée ou son entourage ».

En effet, il n'y a pas de grandes variations entre le nombre de personnes interrogées accumulant des tensions et ne disposant pas de temps de régulation formels, et le nombre de personnes n'accumulant pas de tensions et de disposant pas de temps de régulation formels.

Pourtant, il s'avère qu'en discutant avec les soignants de ce type de services et en lisant leurs propos dans le questionnaire, on se rend compte que ceux-ci en sont persuadés. De plus, il y a un certain nombre d'infirmiers qui ont déclaré avoir un comportement soignant en fin de journée de service, mais qui, paradoxalement, ont donné des justifications qui permettent d'en douter. De ce fait, si nous avons intégré les réponses de ces personnes et celles des soignants ayant répondu « Oui et Non » à la question n°6, peut-être la conclusion aurait-elle été autre.

L'outil d'enquête n'a, semble-t-il, pas été adapté à l'étude. Les résultats de l'analyse au niveau de la population totale vont dans le sens de l'hypothèse, mais une étude plus profonde, en entretien direct avec les personnes concernées aurait sans doute donné plus de résultats.

On ne pourra donc pas confirmer l'hypothèse.

Il semble qu'elle ne soit pas complètement erronée, mais l'absence de résultats suffisamment probants ne permet pas de la confirmer.

L'hypothèse est donc infirmée.

Malgré le fait que les résultats n'aient pu permettre de valider l'hypothèse, il ressort de l'enquête et des entretiens de la pré-enquête, un manque et un besoin d'échanges autour du thème de la violence au sein du service.

Ceux-ci ont pour but de permettre aux soignants de s'exprimer et par cela de se libérer de l'accumulation des non-dis, des incompréhensions, du stress lié aux dysfonctionnements, aux multiples agressions, au quotidien de leur activité aux Urgences.

3 projets ont donc pris naissance selon 3 axes principaux :

- projet de service.
- projet concernant les futurs professionnels.
- projet personnel.

### 1. Projet de service :

Objectifs : Favoriser l'échange entre professionnels de manière institutionnalisée. Eliminer le stress et les tensions accumulées durant l'exercice de ses fonctions.

Appréhender les notions de violence et de stress pour une meilleure compréhension des mécanismes mis en jeu.

Répertorier les différentes situations de violence rencontrées afin de revenir et d'analyser leur pratique.

Participer à la construction d'un plan de prévention et d'action en lien avec les différents acteurs de l'établissement afin d'organiser la prise en charge des agents victimes de violences ou de l'accumulation de stress.

Actions : Il s'agit de leur donner des temps de paroles durant lesquels ils pourront verbaliser leurs difficultés, les non-dits, revenir sur leur pratique et évacuer le stress accumulé :

- temps avec tierces personnes extérieures à l'hôpital, pendant 2 heures, avec une fréquence fonction de la disponibilité de chacun et de la nécessité. Les soignants s'inscriraient alors sur une liste. Le risque est que s'agissant d'une tierce personne, ce temps soit plus ou moins régulier. Donc autre action.

- après formation de plusieurs agents du service aux techniques de debriefing et à l'analyse, régulations, des situations de violence, ceux-ci permettent aux différents soignants qui en ressentent le besoin à un moment donné, d'échanger et par cela de se libérer de leur souffrance. Cette action a l'avantage d'être présente continuellement sur le site, le défaut est qu'elle monopolise 2 soignants sur leur temps de travail t qu'elle présente un coût en terme de formation professionnelle. Ces 2 actions présentent le problèmes suivant, elles amènent les personnes qui sont aptes à prendre la parole à le faire, mais les autres, plus introvertis ou timides ?

- une autre solution peut-être trouvée, à savoir une convocation de tous les soignants (sauf ceux en poste) le matin entre 9h et 11h, ce qui permet à l'équipe d'après midi d'être présente, avec un animateur extérieur toujours, qui ainsi donnera la parole à tous. Les soignants pourraient également être choisis par le médecin chef et le cadre infirmier, en fonction des prises en charge qu'ils ont effectué (revenir sur les dossiers SMUR AVP, TA, mort inopinée,...)

### Présence d'une tierce personne avec inscription des soignants :

**But :** Permettre l'échange entre professionnels.  
Éliminer le stress et les tensions accumulées.  
Appréhender les notions de stress et de violence.  
Répertorier les situations et les analyser.

**Déroulement :** durée = 2h.

Inscription sur une feuille du service, au préalable, des personnes en ressentant le besoin.

Tour de table avec l'intervenant, présentation.

Apport de quelques éléments théoriques.

Tour à tour revenir sur des situations violentes, analysées en groupe (comme dans un atelier d'analyse de pratique). Revenir sur les éléments déclenchants, sur 1 contextes et l'état d'esprit du soignant.

**Points positifs :** Présence d'une personne extérieure compétente pour réguler.  
Les personnes présentes sont là pour parler.

**Points négatifs :** Risque d'irrégularité  
Risque de masquer les plus timides qui ne viendraient pas.  
Temps personnel

### Régulations par des soignants formés par la structure

**But :** Favoriser l'échange pour éliminer le stress et les tensions.

Participer à la construction d'un plan de prévention et d'action, afin d'organiser la prise en charge des agents victimes de violences ou de l'accumulation de stress.

Revenir sur la situations, dès sa survenue, et l'analyser.

**Déroulement :** durée = quelques minutes

Après formation d'agents (infirmiers ou non) au nombre de 5 à 10 pour 30, aux techniques de debriefing et d'analyse, régulation des situations de violence et de stress.

L'intérêt est qu'il y ait dans chaque équipe, une de ces personnes qui puisse assurer un relais.

Ainsi, chaque soignant pourra au moment qu'il pense opportun, aller voir cet agent, pour un soutien, un étayage, une régulation.

**Points positifs :** Présence continue d'une personne référente relais au sein du service (le cadre seul ne peut pas suffire).

**Points négatifs :** Coût de formation, mais surtout monopolisation de 2 soignants ou + sur leur temps de travail (ce qui nécessite l'adhésion de toute l'équipe.

### Convocations d'équipe

**Buts :** Favoriser l'échange entre professionnels.

Verbaliser les non-dits, mettre des mots sur les dysfonctionnements, le stress,...

Revenir sur les situations difficiles vécues dernièrement et trouver des solutions en équipe, s'il y en a.

**Déroulement :** durée = 2 h en fin de semaine le matin de 9 h à 11h.

Après étude des différentes prises en charge de la semaine (ou plus) par le médecin chef et le cadre infirmier, il y a convocation des personnes concernées, en raison de la difficulté des situations, voire de l'équipe entière.

Un intervenant extérieur, ou un des2 supérieur précédents peuvent alors animer ce temps en revenant sur les événements vécus par tous, en demandant le positionnement de chacun ; et de ce fait, analyser, comprendre, solutionner.

**Points positifs :** Permet aux plus timides de prendre la parole.

Permet de s'intéresser aux personnes en difficultés.

**Points négatifs :** Temps personnel.  
Notion de «convocation ».

Evaluation : A faire en équipe, par l'intermédiaire d'une grille de questions permettant de définir la participation et l'implication des signants dans ce projet, afin que celui-ci se poursuive, s'arrête ou soit modifié. De même, un temps plus tardif portant sur l'état d'esprit des soignants sera à envisager. On a souvent dit que la durée de vie d'une IDE en service d'Urgences était court, ...

## 2. Projet concernant les futurs professionnels :

Objectifs : Renseigner les futurs professionnels sur les notions de violence et d'épuisement professionnel.

Leur faire identifier les différentes situations où l'on peut les rencontrer et comment y faire face.

Leur faire travailler leur positionnement par rapport aux risques de l'exercice de la profession d'IDE.

Actions : Par le biais d'un module optionnel ; contenu possible du programme :

- définition et catégorisation des situations de violence rencontrées, chiffres nationaux, «diagnostic» des symptômes de la violence et de ses mécanismes, anticipation de celle-ci, éléments de conduites à tenir et de réponses à donner. Analyse des situations de violence au travail avec un médecin des urgences ou un psychologue.
- Jeux de rôle, simulations de situations violentes, avec des professionnels des Urgences.
- Apports théoriques sur le stress et le burn-out, les signes et effets secondaires sur le comportement.
- Temps de régulation à l'aide d'un psychologue (si étudiants OK) sur des événements de la pratique dont ils voudraient parler, pour comprendre ce qu'est un temps de régulation.

Evaluation : Par l'évaluation finale du module et bilan oral des élèves.

Ces deux propositions peuvent être réalisées mais doivent faire l'objet de démarches auprès des autorités compétentes, à savoir les Directeurs de Services de Soins Infirmiers, les Surveillants des services d'Urgences et les Directeurs d'Instituts de Formation en Soins Infirmiers.

## 3. Projet personnel : Long terme.

Objectif : Ne pas oublier que ce sont mes valeurs et mon sens moral qui donnent une raison/idéal à mon travail.

Poursuivre mon exercice en recherchant toujours la qualité, que ce soit dans les soins ou la relation.

Actions :

- intégrer des équipes de recherche ou de réalisation de protocoles au sein de mon établissement.
- accepter le regard de mes collègues sur ma pratique, de même, leur dire quand la leur peut me choquer.
- Prendre du recul par rapport à ma pratique et voir si je travaille toujours dans l'optique que je m'étais fixé au début.
- Formations,... congrès,...

Au cours de ce travail de fin d'études, nous avons donc pu observer la participation des soignants à la dynamique de survenue de la violence. Mais si cette implication a été démontrée, il faut savoir qu'elle est secondaire à l'activité des infirmiers au sein de leur service. Accumulation de stress, de tensions, de frustrations et d'incompréhensions sont la cause de comportements qui amènent le personnel des Urgences à influencer l'apparition de réactions violentes chez la personne prise en charge.

Une question s'était alors posée durant l'évolution de ce travail, il s'agissait de savoir « en quoi une réflexion sur l'analyse de sa pratique » pourrait « permettre à l'infirmier de mieux gérer les situations violentes ? »

L'hypothèse théorique qui avait été avancée était qu'« en l'absence de temps formels de régulation ou de discussion, l'infirmier des Urgences accumule des tensions pouvant favoriser l'émergence de situations de violence chez la personne soignée ».

L'analyse de l'enquête réalisée n'a pas permis de confirmer le fait que des échanges sur le thème de la violence, permettant de mettre à jour les pratiques, les difficultés, amélioreraient l'état d'esprit dans lequel se trouveraient les infirmiers en fin de journée de travail. Selon l'hypothèse, cela aurait été ces améliorations, cette libération des tensions, qui auraient permis une meilleure gestion des réactions violentes du patient, voire de son entourage.

Le fait est que sur les personnes interrogées, celles qui ont été identifiées comme ayant accumulé le plus de tensions, n'ont pas moins de temps formels de régulation que les autres. Même s'il existe une sensation de manque plus importante chez elles, témoignant d'une certaine souffrance, d'une difficulté possible d'éliminer son stress, on ne peut dire que « moins les infirmiers des Urgences disposent de temps formels de régulation ou de discussion sur le thème de la violence, plus ils accumulent des tensions, pouvant favoriser l'émergence de situations violentes ».

Etant difficile d'infirmier complètement une hypothèse qui a pourtant été soutenue par différents professionnels, je pense qu'une modification de l'outil d'enquête, avec des questions peut-être plus claires, diminuant le risque de réponses dont on pourrait douter de l'exactitude, permettrait de modifier ces résultats.

Nous verrons ainsi par une prochaine enquête, si nous devons ou non revenir sur la décision d'infirmier l'hypothèse.

Ce travail m'aura permis d'exprimer et d'argumenter une observation faite au cours de ma formation, et qui, à mon plus grand regret, n'avait jamais été abordée. J'avais en effet moi-même des choses à dire, à faire partager, mais jamais l'occasion ne m'avait été donnée. Par cette expérience, j'aurais donc pu mener mon argumentation, exprimer tous mes non-dis, et me confronter à la réalité.

Je me suis senti très impliqué par ce projet, touchant de près le secteur que j'envisage dans mon parcours à venir. Ainsi, l'exercice de recherche m'aura permis d'accéder à une réflexion personnelle sur mon projet professionnel et de concevoir la pratique de soins autrement.

Enfin, grâce à ces constats, je pense aborder plus sereinement le monde du travail.

## **BIBLIOGRAPHIE :**

### **1. Livres et comptes-rendus de congrès :**

- AUBERN.M, et Al., Soins Infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine, *Nouveaux cahiers de l'infirmière*, Edition MASSON, Paris, 1996.
- CANOÛ.P, et Al, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, Edition MASSON, 1998.
- COTINAUD.O, Psychologie et Soins Infirmiers, *Collection « infirmières d'aujourd'hui »*, Edition LE CENTURION, 1983, 295 pages.
- HEADBEEN.W, La qualité du Son Infirmier, Edition MASSON, 1998.
- MAURANGES.A, Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier, *manuel à l'usage des soignants*, *Publication de la MNH* (mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de santé), 2001.
- MARTIN.JJ, Temps et Violence. Violence des temps, *Association Tiresias, la violence et l'institution*, conférence 1999/2000.
- ORIO.R, Traumatismes psychologiques et débriefing en S.A.U., *Cellule permanente d'Urgence Médico-Psychologique*, Congrès S.F.U.M., Marseille, 21 Avril 1999.
- PERRIER.G, et Al., La violence au S.A.T.U. : mythe ou réalité ? *Hôpital de la Conception à Marseille*, 8<sup>ème</sup> journées d'enseignement infirmier de Réanimation, faculté de médecine de Brest, 21 et 22 septembre 2000.
- Société Francophone d'Urgences Médicales (S.F.U.M.), Cours supérieurs d'urgence, *Edition ARNETTE*, Congrès d'avril 2001.

### **2. Revues, magazines :**

- ARCHACHE, Les soignants confrontés à la violence dans les service d'urgences, *magazine Techniques Hospitalières*, n°635, avril 1999.
- BERGMAN.L, Approches de l'agressivité et de la violence, *Soins psychiatrie*, n°210, septembre/octobre 2000, page 15.
- BOITEUX.A, Mise en place de l'accréditation, les attentes des patients, *magazine soins*, n°624, avril 1998.
- CORBET.E, Les concepts de violence et de maltraitance, *magazine ADSP*, n°31, Juin 2000.
- DELAFOSSÉ.C, L'interlocuteur violent et le professionnel, *entretien avec M. Lesage de la Haye*, *magazine Soins*, n° 624, avril 1998.
- DUFFE.BM, La violence : maladie sociale ou expression codée d'une attente ?, *magazine Soins*, n°624, avril 1998.
- GOLBERINE.G, dossier spécial Urgences, *magazine Sciences et Avenir*, décembre 2000.
- JOUAN.A, Le monde du silence face à la violence, *L'infirmière magazine*, n°78, décembre 1993, page 4.
- LEGRAND.M, *Alcoologie*, , volume 20, n°2, juin 1998, page 109 à 115, 153 à 160 et 185 à 188.
- PRIETO.N, et Al., La violence comme contre-attitude, *magazine Soins*, n°624, avril 1998.

### **3. Articles de presse :**

- ALLARD.A ; Les urgences de l'hôpital Nord n'ont toujours pas le moral, *La Provence*, archives, actualités 1999.
- FIORITO. JJ, Marseille : un homme ivre frappe une infirmière de l'hôpital nord, *La Provence*, archives, actualités 1999.
- François C., Hôpitaux : La grève aux urgences, *La Provence*, archives, actualités 1999.

HAGET.H, La grande misère des urgences, *L'Express*, 9 décembre 1999.  
LEONARD.L, Urgences : des vigiles pour compléter la surveillance continue, *La Provence*, archives, actualités 2000.  
LEONARD.L, Hôpitaux : des emplois jeunes pour soigner, accueil et écoute, *La Provence*, archives, actualités 2000.  
MANIZELLI.S, Urgences : des policiers sont en poste dans les services, *La Provence*, archives, actualités 1999.

#### 4. Sites internet :

<a href="http://freemaneyes.com">http://freemaneyes.com</a>	imprimé le 02.04.01
<a href="http://perso.infonie.fr">http://perso.infonie.fr</a>	imprimé le 01.02.00
<a href="http://www.serpsy.fr">http://www.serpsy.fr</a>	imprimé le 16.08.00
<a href="http://www.alcoveb.com">http://www.alcoveb.com</a>	imprimé le 09.01.01
<a href="http://asso.nordnet.fr">http://asso.nordnet.fr</a>	imprimé le 09.01.01
<a href="http://www.jim.fr">http://www.jim.fr</a>	imprimé le 18.01.01

#### 5. Discographie :

AKHENATON, IMHOTEP, Regarde, *L'école du micro d'argent*, DELABEL, 1997

## Législation, profession infirmière et service d'urgences

Plusieurs textes régissent la profession infirmière de même que l'activité des services d'urgences. Parmi ceux-ci :

➤ **le Décret 93-221 du 16 Février 1993, relatif aux règles professionnelles, où plusieurs articles indiquent la conduite à tenir en cas d'urgences :**

- l'infirmier est tenu de porter assistance aux malades et blessés en péril (art.6).
- pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles (art.10).
- l'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient (art.26).

➤ **le Décret 93-345 du 15 Mars 1993, relatif à l'exercice professionnel et aux actes professionnels.**

- L'article 1 : identifiant la nature des soins infirmiers.
- L'article 2 : identifiant le rôle infirmier et la prise en charge infirmière.
- L'article 8 : en l'absence du médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence, à mettre en œuvre les protocoles de soins d'urgence préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable.

➤ **le Décret du 9 Mai 1995, complété par le décret du 30 Mai 1995, il développe l'organisation de ce type de service, le travail en réseau et ses missions.**

- L'article D 721-52 : indique la nécessité d'un fonctionnement en service, département ou fédération des S.A.T.U. au sein des centres hospitaliers.
- L'article R 712-64 : prend en compte le rôle du S.A.M.U. et du S.M.U.R.
- Les articles R 712-64, D 712-54, D 712-57, D 712-58 et R 712-67 : régissent les relations existant entre les services spécialisés, les unités de proximité et les services médicaux et techniques d'aval.
- L'article R 712-73 : met en avant la relation importante entre les services d'Urgences et la médecine de ville, permettant d'orienter le patient et ainsi de désengorger les services.
- L'article D 712-54 : stipulant qu'au moins un médecin soit présent 24h/24h, ainsi qu'au moins deux infirmiers diplômés d'état, pour assurer la prise en charge des patients.
- L'article D 712-56 : indiquant la nécessité de trois à cinq boxes pour 10 000 passages par an.

## L'épuisement Professionnel

Ce concept s'articule autour de trois dimensions : l'émotion , l'incompréhension et la pression.

*L'émotion* est le lien avec la relation d'aide dans sa rencontre avec la vie, la mort et la souffrance.

*L'incompréhension* est à la fois cause et conséquence des conflits.

*La pression* inhérente au monde de l'entreprise, s'aggrave avec les dysfonctionnement.

Et au cœur de cela, un stress terrible et chronique, qui vire à l'insupportable, va engendrer une pathologie issue du monde du travail, celle du syndrome d'épuisement professionnel.

Le stress est nommé syndrome d'épuisement professionnel en France, burn-out aux Etat Unis ou encore Kalochi au Japon. Le concept d'épuisement professionnel du personnel soignant a été initialement inventé par les soignants à l'usage des soignants.

Il met en cause la faillibilité de la dimension d'aide et finit par user le professionnel de la santé. Il est un état de fragilité psychologique et physique intense qui ne permet plus au soignant d'assurer ses responsabilités professionnelles. Il se construit sur la base d'une complication de facteurs que nous retrouvons dans la relation d'aide en difficulté et dans les troubles dysfonctionnels organisationnels et institutionnels. La violence, la tension, la demande excessive de rentabilité sans moyens ni reconnaissances suffisants en sont des exemples. Il s'inscrit dans l'écart existant entre les réalisations quotidiennes et le niveau idéaliste du métier. Lorsque ce dernier paraît inatteignable, il entraîne le soignant dans une désillusion dépressive.

Il se manifeste par :

- des explosions émotionnelles : colère, crises de larmes, irritabilité, ...
- une labilité de l'humeur, passage du rire aux larmes.
- un refus d'agir ou de répondre à une demande anodine.
- une incapacité d'exprimer ses sentiments, ce qui serait un aveu de faiblesse.
- une froideur, un hypercontrôle et un seuil de saturation émotionnelle atteint, qui sont des mécanismes inconscients de défense de l'organisme.
- une sensibilité accrue aux frustrations.
- des signes somatiques – fatigue, céphalées, troubles gastro-intestinaux, troubles du sommeil ,...
- des troubles secondaires – conduites addictives, troubles du comportements,...

Un symptôme majeur de ce syndrome est la « déshumanisation de la relation à l'autre » qui se caractérise par une sécheresse relationnelle s'associant à une certaine agressivité du soignant envers le patient. L'attitude à l'égard de la personne prise en charge se modifie, perçue de plus en plus comme un malade-objet et non plus comme un malade-sujet, il devient un numéro de chambre, un organe que l'on soigne. Cette perception tue la qualité première du lien relationnel.

Est retrouvée également une diminution de l'accomplissement personnel , naît d'un sentiment d'improductivité et d'inefficacité chez le soignant.

De même il semble que l'âge joue un rôle dans l'apparition de ce syndrome. En effet, plus nous sommes jeunes et débutants, et plus nous sommes sur un dispositif professionnel dit « à risque ».

Enfin, la personnalité du soignant intervient dans la survenue du burn-out, à savoir l'anxiété ou la vulnérabilité, la notion de narcissisme confrontée à la réalité et l'engagement sans faille au travers des motivations et du choix professionnel – besoin accrue de se sentir utile, ou de réparer quelque chose.

La profession d'infirmier produit chez le soignant un ressenti paradoxal, celui de la souffrance et du plaisir. L'épuisement professionnel fait basculer cette perception vers la souffrance, empêchant le soignant de s'épanouir ou de percevoir une gratification à long terme.

**Afin de garantir un équilibre durable, il est donc primordial pour l'infirmier de « prendre soin de lui pour mieux prendre soin des autres ».**

## **Biographie et Paroles du groupe IAM**

Marseille, dans les années 80, est une ville fatiguée de s'appauvrir, dont la richesse, cette diversité des peuples et des connaissances, s'oublie peu à peu.

C'est pourtant cette même richesse, propice à l'alchimie des cultures, à la transformation de la misère en trésor, qui donne naissance à IAM, fin mélange d'essences italiennes, réunionnaises, malgaches, espagnoles, françaises, algériennes et sénégalaises.

IAM apprend à tirer profit de ses différences, à synthétiser ses opposés, à refuser l'ethnocentrisme afin d'exprimer de façon objective son observation de la réalité de l'époque.

Réuni autour de Chill-AKH-Akhénaton, Eric-Khéops, Jo-Shurik'n, Pascal-Imhotep, François-Kephren et Malek-Sultan-Freeman, ce groupe Marseillais progresse dans l'univers du Hip-Hop, basant sa conception de la musique sur une volonté d'apprendre et un esprit d'ouverture commun.

Vocabulaire, goût pour la langue française, propos maîtrisés et perfectionnisme sont devenus une marque de fabrique, « on ne prend pas la parole pour rien... »

Après « le Mia » et plusieurs albums comme « De la planète Mars », « Ombre et Lumière », « L'école du micro d'argent »... IAM fonde sa propre « maison », moyen de garantir un avenir, mais également d'échanger et de faire s'épanouir les groupes qui l'entourent.

Le morceau sélectionné, « Regarde », est tiré de l'album « L'école du micro d'argent » - en rapport avec sa franchise et en opposition avec l'école du micro en bois (langue de bois).

Les paroles sont de qualité, dans le sens où elles affichent et condamnent l'évolution et la réalité de notre société, à la manière de Mathieu Kassovitz dans le film La Haine : « Dans une société en déclin, l'important n'est pas la chute, mais l'atterrissage ». En effet, la fuite devant ce qui nous effraie, notre attirance pour le voyeurisme et la violence croissante sont des maux caractéristiques de cette décennie, et dont l'aspect évolutif n'est pas rassurant.

### **Regarde**

Dire qu'il a eut un père, une mère peut-être qui l'ont aimé  
La gaieté doit un jour céder  
Pour certaines personnes, la vie est un échec  
Mais c'est juste une page dans le carnet de bord d'un sale métèque  
Il ne nous en veut même pas, flippe pas  
Devant le feu de ces regards qu'il croise et ne l'aiment pas  
Je pense quand j'embrasse mon fils  
Que lui réserve l'avenir, j'angoisse, reviens à la réalité, esquisse  
Un mouvement de la main, c'est dément  
Il est allongé là et tous les gens passent indifférents  
Regarde un peu autour, ils meurent de faim, les fous

Veulent garder leurs privilèges et crèvent plein de pez jusqu'au cou  
Mon dieu, quels faits sinistres  
Le dernier des clochards contre le premier des ministres  
Relax chez eux, entre un bridge, deux boniches et leur bobtail  
Je lâche cette bombe et qu'elle pète dans leurs cocktails

#### Refrain

Au royaume animal, le lion est roi, l'homme devient fou  
Combien d'âmes tombées sous ses coups  
La terre est seul témoin de ses crimes ici bas  
C'est chacun pour soi, regarde Angéla, regarde

J'aurais aimé être beaucoup de choses  
Mais il n'en est rien , je ne suis qu'un homme diseur de prose  
Et je ne suis pas à l'abri pour autant  
Vu que mes semblables tirent sur leurs frères à tout bout de champ  
Un pauvre mec pour une place de parking  
Se prend deux balles et laisse derrière lui deux orphelines  
Anodine l'histoire se répète chaque jour  
Quand un tireur prend des gens pour cible du haut de sa tour  
Et tout ceci dont se délecte la masse  
Est envoyé par la télé qui sans cesse ressasse  
Ces histoires de crime à grands renforts de gros plans  
Aux heures du repas, des peuples entiers dans des bains de sang  
J'en ai marre de voir tomber des minots  
Je voudrais savoir quand est-ce qu'on va rire pendant les infos  
Tu vois, tout a évolué sauf nous  
L'époque des jeux de Rome n'est pas si loin après tout

#### Refrain

Il y eut, paraît-il un paradis ici  
Il n'en reste rien c'est dans les livres qu'il survit  
Voilà pourquoi l'argent tout le temps  
Fait le pouvoir souvent conféré à des incompetents  
Il y eut la peste, le sida frappe très fort  
Mais la connerie humaine a toujours battu tout les records  
On gaspille des millions au nom du progrès  
Mais restera-t-il encore quelqu'un sur Terre pour en profiter ?  
L'alibi des batailles, les conflits d'intérêt, les fanatiques braillent  
Les démoniaques raillent, l'homme n'est pas de taille  
La partie est trop forte, pour un inconscient de la sorte  
Le gardien des cieus leur claque la porte  
Sur l'arche de Noé, nous sommes les seuls animaux car on peut tuer  
Gratuitement, non pas pour survivre et je suis inquiet  
Pour les lendemains Angéla, ma sœur  
L'homme crache sur les œuvres de son créateur

Matthieu Roulet Renoleau  
13.0.01  
Etudiant en 3<sup>ème</sup> année  
Soins Infirmiers  
16730 Fléac  
41 Rue de la chaussée  
tél. : 05.45.91.24.19  
06.82.43.42.28

Fléac, le

à Monsieur le Directeur du  
Service de Soins Infirmiers  
du centre hospitalier

Objet : Demande d'autorisation d'enquêter.

Monsieur,

Actuellement en 3<sup>ème</sup> année de formation en soins infirmiers, je travaille à la réalisation de mon sujet de fin d'études. J'ai choisi de traiter le thème suivant : « la violence dans les services d'Urgences ».

Je souhaite distribuer une dizaine de questionnaires au personnel infirmier du service des Urgences de votre établissement.

Vous trouverez ci-joint un exemplaire du questionnaire que je souhaite diffuser.

Votre accord me serait d'un grand soutien pour l'aboutissement de mon travail.

Dans l'attente d'une réponse, veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

M. Roulet Renoleau

<b>Villes</b>	<b>Nombre de questionnaires envoyés</b>	<b>Nombre de questionnaires reçus</b>	<b>C.H.</b>	<b>C.H.U</b>
Bordeaux	10	9		*
Angoulême	20	11	*	
Saintes	15	12	*	
Rochefort	15	8	*	
Bichat	15	4		*
Hôtel Dieu	15	(1)		*
Hôpital Nord	15	(1)		*
Montpellier	15	9		*
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>53</b>	<b>3</b>	<b>5</b>

Les 53 questionnaires occupant une place trop importante, ils ont été réunis en totalité dans un document ci-joint.

(1) non traités car renvoyés trop tardivement.

## **Repères de conduites à tenir face à une personne violente**

### **1. L'isoler du public :**

(pour créer un espace, un « cadre de parole »)

- L'agressivité s'exprime d'autant plus fort que des tiers sont présents. L'agresseur peut se poser en porte-parole des silencieux.
- Se mettre dans une position spatiale de symétrie (par exemple, le faire asseoir et s'asseoir à côté de lui) car on ne proteste pas autant quand on est dans une situation d'égalité.

### **2. Laisser la personne s'exprimer :**

- Toute personne a le droit à la parole.
- Une objection exprimée perd une partie de sa charge négative.
- Une revendication peut en cacher une autre plus importante.

### **3. Ne jamais répondre à la violence par la violence :**

(pour éviter une spirale de renforcements mutuels)

- Savoir se taire, écouter la personne jusqu'au bout, ne pas couper la parole.
- Adopter un ton calme, posé, ne pas crier, au contraire baisser le ton de sa voix.
- Maintenir les marques distinctives de respect, Monsieur, Madame, vouvoirement.
- Ne pas relever les points de détail ayant une moindre importance.

### **4. Reconnaître notre propre agressivité en écho, en réaction, en réponse à celle de l'autre :**

(pour pouvoir la contrôler)

- Percevoir les manifestations corporelles, émotionnelles et cognitive que déclenche l'agressivité de l'autre en soi, et inversement.
- Trouver des recours personnels pour s'en protéger sans rompre la communication.
- Se rappeler que souvent l'autre ne s'adresse pas à nous comme individu mais comme le représentant d'un service, d'une administration de la société.

### **5. Manifester une attitude d'écoute neutre et bienveillante :**

(c'est à dire sans jugement)

- L'écouter se plaindre, quelque soit notre point de vue sur son discours, avec respect et esprit d'analyse.
- La violence est un message qui cache souvent une souffrance et plus souvent encore la certitude d'avoir été soi-même victime de violence.

**6. Montrer que l'on a perçu l'agressivité :**

(ignorer l'agressivité a pour effet de la renforcer)

- Dire « Vous avez raison d'exprimer ce que vous ressentez ». « Je comprends votre point de vue ».
- Eviter les « Oui, mais ... », « C'est pas ma faute », « C'est le règlement ».
- Utilisez les techniques de reformulation.

**7. Utiliser des reformulations :**

- Sous forme de questions pour établir un échange avec la personne.
- En atténuant les termes ou en les exagérant.
- En se centrant sur les émotions ou sur les faits objectifs.
- En soulignant l'intérêt du soin, le bénéfice du soin.

**8. Faire clarifier les points de désaccord :**

- Permettre l'expression de tous les griefs (« vider son sac »).
- Rechercher les causes de l'agressivité, les motifs, les attentes de la personne.

**9. Ne pas faire une réponse trop longue, pour n pas relancer le débat ou renforcer l'objection.**

**10. Ne pas hésiter à passer le relais si la situation s'aggrave.**

**11. Faire une pause (même minime) avant la rencontre suivante, pour éviter de retourner sa frustration, son malaise vers un autre patient.**