

IRFSS Région Centre  
IFSI Croix Rouge de TOURS

## **L’Infirmier(e) d’Accueil et d’Orientation**



## **Face aux violences récurrentes des urgences**

GIRAUDON Camille  
Étudiante Infirmière 3<sup>ème</sup> année  
Promotion 2010-2013

## **Remerciements :**

Je tiens à remercier Thérèse GALLAND et Agathe PERCEVAL, formatrices m'ayant accompagnée tout au long de la réalisation de ce travail, pour leur disponibilité ainsi que leurs conseils.

J'ai une pensée particulière pour Nathalie LANGE, tutrice lors de mon stage aux urgences de nuit au CHU Trousseau de TOURS, ainsi que toute l'équipe soignante qui m'ont accordé du temps et m'ont permis de déterminer mon projet professionnel.

Je remercie l'ensemble de mes proches qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail de fin d'étude.

## **Table des matières :**

<b>Introduction</b> .....	1
<b>Situation d'appel</b> .....	4
<b>Questionnement face à la situation d'appel et question de départ</b> .....	5
<b>Cadre de référence</b> .....	6
<b>I/- La spécificité de l'accueil des urgences</b> .....	6
1)- La salle d'accueil .....	6
a)- Définition et contexte	
b)- Buts	
c)- Objectifs	
2)- L'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (IAO).....	9
a)- Définition et article de Loi	
b)- Qualifications et compétences	
c)- Missions de l'IAO	
d)- Les parasites de son activité	
<b>II/- Les diverses formes de violence aux urgences</b> .....	15
1)- Violence à l'hôpital.....	15
a)- Un phénomène mondial	
b)- Cadre législatif	
2)- Les différents types de violence.....	17
a)- Violence institutionnelle	
b)- Violence physique	
c)- Violence psychologique et verbale	
d) Cycle de la violence	
e)- Violence aux urgences	
3)- Comparaison entre violence et agressivité.....	22
4)- Observatoire National des Violences en Milieu de Santé : ONVS.....	23

III/- Le travail des soignants confronté à la violence.....	24
1)- Réactions des soignants face à la violence.....	24
a)- Mise en place de mécanismes de défense infirmier	
b)- Sentiment d'impuissance et de culpabilité	
c)- L'effet Pygmalion	
2)- Impact de la violence sur le travail infirmier .....	28
a)- Pour les soignants	
b)- Pour l'Institution	
Question de recherche.....	30
Outil d'enquête.....	31
Conclusion.....	33
Bibliographie.....	35

**Annexes :**

- **Annexe I :** Abréviations utilisées dans ce travail
- **Annexe II :** Décrets et Circulaires consécutifs au Rapport STEG
- **Annexe III :** Niveau de triage aux urgences
- **Annexe IV :** Diplôme d'Université de Formation à l'Accueil et de Prise en Charge des Urgences
- **Annexe V :** Mécanisme de l'Effet Pygmalion
- **Annexe VI :** Impact de la violence sur les soignants

## **Introduction :**

Dans notre société, la violence prend de plus en plus de place et se retrouve dans les établissements de santé. D'après l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS)<sup>1</sup>, 5760 faits de violence ont été signalés en 2011. Les chiffres montrent que 87% ont été des atteintes aux personnes : 1% de crimes, 18% de menaces, 26% d'injures, 55% de coups. L'ONVS répertorie également les services hospitaliers les plus touchés par ces faits de violence dans son rapport de 2011. Les plus concernés sont :

- Le secteur de psychiatrie à 25% ;
- Les services d'urgences à 15% ;
- Le secteur de médecine générale à 12%.<sup>2</sup>

Les violences à l'hôpital et notamment dans les services d'urgences sont un fait d'actualité depuis quelques années. En effet, les articles de presse ou encore les documentaires audiovisuels se multiplient aujourd'hui et tentent d'expliquer ce phénomène en donnant plusieurs pistes quant à cette augmentation des violences.

Les urgences sont considérées par Aline MAURANGES comme étant « *un lieu à part. Microcosme social et médical, porte de l'hôpital, premier lieu d'accueil, il est soumis aux impondérables, se prêtant aux situations et aux pathologies les plus variées* »<sup>3</sup>.

Véritable vitrine d'un établissement de soins, ce service répertorie les urgences médicales, chirurgicales, psychiatriques ou encore sociales. Parfois même, selon Jean PENEFF « *les individus aux problèmes mal définis échouent là avant d'être adressés aux autres institutions quand les gouvernements les considèrent comme inclassables* »<sup>4</sup>.

On estime que 50 à 80% des hospitalisations d'un établissement de santé se font par le biais des urgences<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> **Annexe I:** Abréviations utilisées dans ce travail.

<sup>2</sup> Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier. – *Bilan National des Remontées des Signalements d'Actes de Violence en Milieu Hospitalier*. – p. 9-10.

<sup>3</sup> MAURANGES, Aline. - *Manuel à l'usage des soignants : Stress, souffrances et violence en milieu hospitalier*. – p. 44.

<sup>4</sup> PENEFF, Jean. – *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*. – p. 24.

<sup>5</sup> BONHOMET, Marie. - *Urgences, qu'est-ce qu'on attend ?*

Une des principales spécificités du service des urgences est d'accueillir les patients 24h/24 tout au long de l'année, sans rendez-vous préalablement établi, sans jugement et sans distinction culturelle ou sociale. Qu'il s'agisse d'une urgence avérée ou d'une urgence « ressentie »<sup>6</sup> par le patient, la prise en soins reste obligatoire pour les équipes soignantes. Celle-ci est en fonction de leurs « besoins de soins » qui sont établis par l'Infirmière<sup>7</sup> d'Accueil et d'Orientation (IAO) grâce à une classification des urgences.

Un service d'accueil des urgences se compose de divers espaces, prévus à l'Article **D6124-22** du Code de la Santé Publique qui stipule que la structure des urgences dispose notamment :

- Une salle d'accueil préservant la confidentialité ;
- Un espace d'examen et de soins ;
- Au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate ;
- Une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure.

En à peu près 15 ans, les urgences ont été victimes de leur succès en passant d'environ 8 millions à 17 millions de patients par an<sup>8</sup>. Cette hausse de fréquentation peut être par exemple due à la méconnaissance de l'existence d'un parcours de soins coordonné avec le médecin traitant ou encore d'après Jean PENEFF cela peut s'expliquer par « *une partie non négligeable de la population urbaine vint consulter spontanément trouvant là un moyen commode pour les soins rapides avec la coexistence, en un même lieu, de la consultation de ville et du rendez vous avec le spécialiste* »<sup>9</sup>. Il se peut notamment que le fait de payer les frais médicaux ultérieurement explique aussi l'engorgement aux urgences.

---

<sup>6</sup> Reverso. - *Urgence ressentie* [en ligne] [Référence du 13/05/2013].

<sup>7</sup> Lire indifféremment "infirmier/infirmière" tout au long de ce travail.

<sup>8</sup> BONHOMMET, Marie. - *Urgences, qu'est-ce qu'on attend ?*

<sup>9</sup> PENEFF, Jean. - *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale.* - p. 24.

Lors d'un stage réalisé en seconde année au service des urgences, j'ai pu observer et parfois même être victime d'injures de la part de certains patients. N'ayant encore jamais été confrontée à des actes de violence auparavant, je me suis retrouvée déstabilisée dans mon apprentissage infirmier et ne sachant pas toujours comment me positionner face à ce genre de situation, j'ai commencé peu à peu à établir des recherches sur les violences en milieu hospitalier et particulièrement sur les services d'urgences. J'ai réussi après quelques jours à trouver ma place en tant qu'étudiante au sein du service et à ne plus être surprise par ces faits récurrents. Néanmoins, une nuit à l'accueil des urgences m'a amenée à me questionner sur l'impact des violences par rapport à la prise en soins infirmière.

C'est cette situation même que j'ai décidée de raconter comme situation d'appel afin d'approfondir la notion de prise en soins et de l'impact que la violence peut avoir auprès des infirmiers sur celle-ci. De plus, les faits relatés par l'actualité ont suscité chez moi d'avantage de curiosité professionnelle que j'ai essayé de mettre à profit pour la réalisation de ce travail.

Aujourd'hui, grâce à mon parcours de stage, je peux dire que le service des urgences m'attire d'un point de vue professionnel. J'espère que ce travail de fin d'étude m'apportera suffisamment de connaissances théoriques sur les différents actes de violences afin de m'aider à mieux les appréhender en tant que future professionnelle de la santé.

Ce travail de fin d'étude, au vu de la situation d'appel portera sur trois axes. Dans un premier temps, je définirai la spécificité de la salle d'accueil dans un service d'urgence à travers le travail de l'acteur de soins principal : l'IAO. Puis, j'aborderai les diverses formes de violence les plus fréquemment rencontrées et dénoncées par les soignants. Enfin, dans le dernier point je tenterai d'expliquer les effets qu'entraîne la violence sur le travail des soignants. Ce dernier regroupera les réactions des soignants ainsi que les impacts de la violence sur la prise en soins des patients.

Ces trois parties déboucheront sur une question de recherche qui s'appuiera sur un outil d'enquête.

## **Situation d'appel :**

Lors de mes dernières nuits aux urgences, j'étais au poste d'IAO afin d'établir l'ordre de priorité des patients. En très peu de temps je devais prendre les constantes des patients et leur poser un questionnement rigoureux sur ce qui les amenait aux urgences. Il s'agissait de faire vite et bien puisque beaucoup de patients attendaient, cela était difficile du fait qu'il ne fallait pas se tromper sur leur orientation. La responsabilité de ce poste est importante. Après cet entretien infirmier, je conduisais les patients dans le hall où ils attendaient une place dans le service. Leur angoisse se manifestait de plus en plus par des questionnements : « où sont les médecins ? », « dans combien de temps va-t-on pouvoir en voir un ? » ... Avec l'IAO, j'ai essayé de les rassurer en leur expliquant pourquoi ils attendaient et pourquoi leur famille étaient priées de rester en salle d'attente : « on attend mieux quand on sait pourquoi on attend ». Malgré tout, il y avait de la part de certains d'entre eux des insultes et des menaces verbales envers nous. Je n'avais encore jamais rencontré ce genre de situation dans mes stages précédents, je me suis sentie mal à l'aise face à toutes ces insultes, comme si les patients exerçaient une pression psychologique pour faire avancer les choses plus vite.

Dans la nuit, les pompiers ont amené un patient violent qu'il a fallu contentionner pour sa sécurité et pour la nôtre du fait de ses coups de pieds. J'étais chargée de lui entraver les chevilles pendant que les pompiers le maintenaient. La tâche qui m'était donnée était pour moi angoissante puisqu'il fallait que je fasse vite une fois de plus. Devant cette situation, j'étais gênée, et j'ai eu un sentiment d'insécurité même si j'étais entourée d'autres professionnels ayant l'habitude de ce genre de situation. N'ayant pas de place immédiatement dans le service, celui-ci a dû attendre sur le brancard quelques minutes dans le hall avec tous les autres patients. Cette situation a fait encore plus monter l'angoisse des autres patients au vu de son agitation extrême.

A 2h00 du matin, nombreux étaient les patients toujours en attente, quelques-uns nous faisaient remarquer qu'ils travaillaient le lendemain et qu'il était inadmissible de n'avoir pas encore été auscultés. Ils ne comprenaient pas non plus que certains patients aient été pris en charge dès leur arrivée et pas eux. J'ai remarqué qu'après leur angoisse du début, il s'agissait à cette heure-ci plutôt de colère. Je me suis même faite insulter et mon travail en tant qu'étudiante infirmière était pointé du doigt par quelques patients.

D'autres dénonçaient « l'incompétence » du travail de l'IAO et du mien ce qui n'était pas idéal pour continuer la nuit dans de bonnes conditions.

De l'autre côté du hall, séparée par une vitre en plexiglas, se trouve la salle d'attente. Là, les familles des patients pris en charge étaient très demandeuses de nouvelles, l'IAO et moi-même leur avons dit à tour de rôle que nous ne pouvions leur en donner dans l'immédiat. Après avoir répété ceci plusieurs fois, le mari d'une patiente nous a insulté et a même donné un coup de poing dans la vitre en plexiglas.

A la fin de la nuit j'ai fait un débriefing avec l'IAO sur mon ressenti. Je lui ai fait part de mes angoisses sur les éventuelles erreurs qui pouvaient être commises lors de l'entretien infirmier et donc sur une mauvaise orientation du patient dans le service. J'ai vraiment pris la mesure de la responsabilité infirmière à ce poste très spécifique. Lors des transmissions à l'équipe du matin, l'IAO a expliqué à sa collègue que la nuit avait été particulièrement difficile et qu'elle n'arrivait plus à « passer au dessus » des insultes et des violences en tous genres. Enfin, elle nous a avoué qu'elle éprouvait le sentiment de ne pas effectuer correctement son travail dans ces circonstances.

### **Questionnement face à la situation d'appel et question de départ :**

Au vu de la situation d'appel relatée précédemment, je me demande si la qualité de la prise en soins peut être perturbée par un environnement hostile. En effet, on sait que les services d'urgences sont très touchés par les faits de violence, c'est une raison qui m'amène à vouloir me renseigner sur ce phénomène, ainsi que sur les moyens de prévention existant pour réduire son apparition.

De plus, je souhaiterais connaître les types de violence que les soignants côtoient le plus souvent dans l'enceinte de l'accueil des urgences. Face au stress de ce poste, comment fait le soignant pour gérer la violence quotidienne qu'il subit ? J'aimerais également savoir si toutes ces violences n'entraînent pas un épuisement des équipes sur les plans psychologiques et physiques. Cela m'amène à la question de départ de mon travail fin d'étude qui est :

**En quoi les violences récurrentes auxquelles est confronté(e) l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation, peuvent-elles avoir un impact sur la prise en soins des patients ?**

## Cadre de référence :

### I/. La spécificité de l'accueil des urgences :

L'accueil des urgences est un passage obligatoire qui constitue la première étape de la prise en soins des patients dans le service. La salle d'accueil permet aux patients de s'exprimer sur leur venue aux urgences de façon confidentielle auprès de l'IAO. C'est le premier professionnel de santé qui sera en relation avec le patient et qui établira un recueil de données complet ainsi qu'un interrogatoire ; ceci afin de réaliser un tri pour déterminer les différents ordres de passage des patients.

#### 1. La salle d'accueil

##### a)- Définition et contexte

En 1989 le Professeur Adolphe STEG a rédigé un rapport<sup>10</sup> qui a été présenté au Conseil Economique et Social ; celui-ci a mis en évidence «*La mauvaise qualité de l'accueil des services d'urgences* ». C'est alors, dans les années 1990, que des décrets et circulaires<sup>11</sup> ont vu le jour afin d'améliorer les services d'accueil d'urgences en France. Ces différents décrets et circulaires tendent à organiser au mieux le fonctionnement interne des services d'urgences afin que le patient puisse bénéficier du meilleur « chemin clinique » que les établissements de santé offrent de nos jours.

En 1991 la notion de « zone d'accueil » apparaît dans la Circulaire **DH.4B/DGS 3E /91-34** et précise les moyens dont doivent disposer les services d'urgences. Elle précise qu'un poste d'accueil au sein du service permettrait de mieux organiser les flux de patients à l'intérieur du service.

Dans les services d'urgences aujourd'hui, les patients sont accueillis par une IAO dans un box dédié à l'accueil. Ce box est dans le prolongement logique de la zone d'admission où se fait la création du dossier du patient.

---

<sup>10</sup> Rapport STEG de 1989 relatif à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.

<sup>11</sup> **Annexe II** : Décrets et Circulaires consécutifs au Rapport STEG.

Dans cette aire spécifique isolée du hall des urgences et de la salle d'attente, la confidentialité doit être absolue pour interroger le patient sur son motif de venue ainsi que pour établir une relation de confiance entre le soignant et le soigné.

C'est en général le premier contact qu'a le patient avec un professionnel de santé (dans ce cas : une infirmière), qui va débiter une prise en soins personnalisée avec notamment un recueil de données complet, les symptômes ressentis ainsi que la mesure de ses paramètres vitaux.

Ce lieu d'évaluation doit être le plus rassurant possible afin que le patient se rende compte que sa plainte est enregistrée. La salle d'accueil est un lieu où la communication est très riche, venant de divers interlocuteurs, dont l'IAO en est le pivot.

#### **b)- Buts**

La création d'une zone d'accueil aux urgences a été créée afin de pouvoir mieux organiser les flux internes, surtout en prévision d'arrivée en masse aux heures de pointe des patients. D'après mes recherches, j'ai pu constater qu'il y avait trois buts principaux à la création d'un accueil :

Premièrement c'est une aire dédiée à accueillir les patients, ceux-là sont souvent effrayés à leur arrivée aux urgences. L'IAO va pouvoir réaliser une première action qui est primordiale pour la prise en soins dans ce type de service, il s'agit du soin relationnel.

De plus, outre rassurer le patient, c'est aussi la zone où l'IAO va évaluer rapidement le degré d'urgence en fonction des dires du patient, de l'observation clinique de l'infirmière et des paramètres vitaux de celui-ci. De ces différents éléments, elle va pouvoir prioriser les soins à réaliser en établissant un « tri » avec l'aide d'outils ou de protocoles déterminés par le service de soin. *« Le triage aux urgences sert à classer les malades à l'accueil en fonction de leurs besoins de soins. C'est un impératif organisationnel (facilité d'orientation) et médical (réduire l'intensité d'un symptôme, éviter une perte de chance liée à l'attente..), tout particulièrement en cas d'afflux ».*<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Triage Urgence. - *Classification Infirmière des Malades aux Urgences* [en ligne] [Paris] [Référence du 13/05/2013].

Enfin, les patients ne sont pas vus par un médecin en fonction de leur ordre d'arrivée aux urgences mais en fonction de ce triage qui est réalisé par l'IAO. Il permet également d'orienter le patient vers le secteur de soins le plus approprié à son état clinique. Avec les informations dont elle dispose, l'IAO attribue un numéro de « tri »<sup>13</sup> qui va de 1 à 5 et qui détermine le délai d'attente en fonction de l'afflux dans le service.

### c)- Objectifs

D'après le document « L'infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation Synthèse. Importance du Triage » les auteurs LE CONTE P. et BARON D. définissent six objectifs<sup>14</sup> que doit atteindre une salle d'accueil dans un service urgences :

- Déterminer la nature du motif de recours ;
- Estimer le niveau d'urgence : hiérarchiser les priorités de prise en charge ;
- Orienter le patient vers la ou les ressources appropriées à son état clinique ;
- Discerner les besoins relationnels ;
- Débuter le dossier infirmier pour améliorer la circulation de l'information pour les soignants du service de soins ;
- Recevoir les annonces d'arrivée de patients provenant du SMUR ou de tout autre acteur de soins afin que la prise en charge soit organisée avant leur arrivée.

On mesure l'importance que peut avoir la salle d'accueil au sein des urgences ; c'est en effet une zone stratégique pour la prise en soins des patients dès leur arrivée. Cette salle d'accueil est occupée par une IAO, capable d'estimer la gravité des états de santé des patients se présentant aux urgences.

---

<sup>13</sup> **Annexe III** : Niveau de triage aux urgences.

<sup>14</sup> LE CONTE P, BARON D. – *L'infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation Synthèse. Importance du Triage.* – p. 1-2.

## 2. L'infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (IAO)

L'IAO est le premier soignant dans la chaîne de soins aux urgences. Ses compétences et son efficacité ont une incidence directe sur la prise en soins du patient. Néanmoins l'IAO est supervisé par un médecin d'accueil et d'orientation sur qui, en cas de doute sur le tri des patients, il peut s'appuyer. De plus l'IAO est l'interlocuteur privilégié de tous les autres acteurs du service ainsi que des patients et de leurs accompagnants.

### a)- Définition et article de Loi

Le poste d'IAO est un poste à part entière aux urgences et doit être occupé 24h/24 tout au long de l'année. Il n'est pas aisé de donner une définition pouvant saisir tous les aspects de ce poste. Néanmoins celle définie par les auteurs LE CONTE P. et BARON D. présentée lors des « 9èmes journées d'Enseignement Infirmier de Réanimation et d'Urgence » me semble en résumer l'importance. Ils définissent que « *Dans un souci d'amélioration de l'accueil des patients dans les services d'urgence, d'organiser leur orientation à l'intérieur de ce service et de hiérarchiser leur prise en charge, la nécessité d'une nouvelle fonction soignante est apparue : l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation* »<sup>15</sup>.

En effet cette nouvelle fonction soignante a déjà été évoquée lors du rapport STEG sur « L'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale ». Mais ce n'est que le décret du 22 mai 2006 relatif aux « Conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence », qui introduit la fonction de l'IAO.

Cette fonction aurait été définie suite à une jurisprudence condamnant les « *Organisations des centres hospitaliers lorsqu'il était démontré que l'absence de tri à l'arrivée des patients était à l'origine du retard dans la prise en charge de ces derniers* »<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> LE CONTE P, BARON D. – *L'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation Synthèse. Importance du Triage.*- p. 1.

<sup>16</sup> WEKA. - *La responsabilité des Infirmiers d'Accueil et d'Orientation lors de la prise en charge du patient aux urgences (IAO)* [en ligne] [référence du 13/05/2013].

## b)- Qualifications et compétences

L'IAO doit avoir un profil qui regroupe diverses compétences afin de pouvoir assumer la complexité et l'exigence que requiert ce poste. Toujours d'après le document « L'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation Synthèse. Importance du Triage », ces compétences sont au nombre de trois<sup>17</sup> telles que :

- **La compétence technique** : l'IAO doit être en mesure de repérer les anomalies manifestes en lien avec des urgences vitales notamment lors de la prise des paramètres vitaux. L'IAO doit pouvoir repérer les différents types d'urgences se présentant dans le service : urgences médicales, chirurgicales, psychiatriques ou encore sociales. Cette compétence demande aussi de connaître parfaitement l'organisation du service et de savoir mobiliser à bon escient les différents acteurs de soins ainsi que les autres structures que possède l'hôpital.
- **La compétence relationnelle** : l'IAO est le premier professionnel de soins que voit le patient à son arrivée dans le service. Celui-ci va exprimer le plus souvent son malaise face à « l'urgence ressentie » qui l'a fait venir consulter. L'IAO va alors devoir rassurer les patients et leurs accompagnants, ce qui va constituer un soin relationnel. Le but est de désamorcer les craintes et angoisses des patients liées à leur état de santé, dans un lieu qui est a priori déjà anxiogène. La dimension relationnelle est primordiale pour ce poste.
- **Le savoir être** : l'IAO doit toujours avoir une posture professionnelle, même lors de situations conflictuelles au centre desquelles l'IAO peut se retrouver. Ce poste lui demande de faire preuve de maîtrise de soi, de patience, d'empathie, d'esprit d'initiative et de dynamisme.

Ainsi on peut dire que ce poste est très exigeant en termes d'aptitudes à acquérir. Les compétences relationnelles correspondent à la « compétence 6 » du référentiel infirmier de 2009<sup>18</sup>, et elles sont inculquées également dans les unités d'enseignement 1 et 4 de ce même référentiel.

---

<sup>17</sup> LE CONTE P, BARON D. – *L'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation Synthèse. Importance du Triage.* - p. 3.

<sup>18</sup> Formations des professions de santé. – *Profession Infirmier : Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession.* – p. 62.

Pour prétendre à occuper ce poste il faut être titulaire du Diplôme d'Etat Infirmier. Néanmoins il est recommandé d'avoir exercé au moins un an dans un service d'urgence afin d'être plus expérimenté. En effet l'expérience professionnelle au sein d'un service aussi particulier que celui des urgences ne pourra que lui apporter des connaissances supplémentaires pour parfaire ses compétences techniques et relationnelles.

De plus, l'infirmier durant l'année passée aux urgences aura pu assimiler les différentes organisations du service, qu'elles soient médicales ou administratives ; ou encore sur les réseaux qu'offre l'hôpital (interne, extra-hospitalier...). Cela lui permettra de mieux apprécier les besoins de soins des patients et de s'approprier plus aisément les protocoles de tri ; ceci pour pouvoir ensuite hiérarchiser les prises en charge des patients lorsque celui-ci sera au poste d'IAO.

La fonction d'IAO ne nécessite pas de diplôme supplémentaire à celui du Diplôme d'Etat. La plupart du temps les infirmiers des urgences accèdent à ce poste par formation continue au sein du service auquel ils sont rattachés. C'est un apprentissage qui se fait sur le terrain. Néanmoins, il existe un Diplôme Universitaire d'Accueil et de Prise en Charge des Urgences<sup>19</sup> qui est proposé à l'université de Strasbourg. Celui-ci s'adresse aux infirmiers des services d'urgences et « *a pour objet l'approche globale des thèmes essentiels, indispensables à tout soignant pour une prise en charge consensuelle, validée, optimale et sécurisée des urgences* ».

Cette formation non obligatoire est tout de même un atout dans la gestion de la prise en soins d'urgence. Cela permet à l'IAO de part sa formation, d'être plus armé et mieux anticiper les situations d'urgences vitales. Celle-ci peut aider les soignants travaillant dans les services d'urgence à mobiliser les connaissances théoriques et les compétences techniques. Selon François MULLER, « *Une compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes* »<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> **Annexe IV** : Diplôme Universitaire de Formation à l'Accueil et de Prise en Charge des Urgences.

<sup>20</sup> MULLER, François. - *Le concept* [en ligne] [Référence du 13/05/2013].

### c)- Missions de l'IAO

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) a mis en place en mars 2003 un « référentiel d'Infirmier(e) Organisateur de l'Accueil ». Celui-ci détermine notamment les missions que ce poste doit traiter. Les missions qui sont dites « permanentes »<sup>21</sup> sont les suivantes :

- Accueillir, évaluer et procéder à un tri des patients arrivant aux urgences ;
- Décider du lieu de soins adapté ;
- Informer, aider ;
- Installer ;
- Rassurer ;
- Surveiller ;
- Communiquer et coordonner ;
- Enseigner.

Depuis la mise en place des IAO à l'accueil des services d'urgences, la prise en soins globale des patients a été améliorée tout comme la gestion des flux internes de ces services.

On constate que les missions décrites ci-dessus sont directement liées à la compétence relationnelle que doit acquérir l'IAO pour travailler à ce poste (« accueillir, informer, aider, rassurer, communiquer »). Néanmoins les compétences et l'expérience professionnelle ne sont pas les seuls paramètres pour que l'accueil se déroule dans des conditions optimales. En effet lors d'affluence massive aux urgences (horaire de pointe), des situations complexes ou encore liées à la violence peuvent apparaître, ce qui peut perturber le travail de l'IAO.

---

<sup>21</sup> Société Française de Médecine d'Urgence. - *Référentiel IOA* [en ligne] [Référence du 16/05/2013].

#### d)- Les parasites de son activité

D'après mes recherches, j'ai pu constater que plusieurs éléments pouvaient interférer avec la prise en soins de l'IAO.

Tout d'abord, l'affluence massive des patients venus pour une consultation de médecine générale, constitue le premier facteur d'engorgement des services d'urgence.

Ce phénomène est décrit par Jean PENEFF : « *L'habitude a été prise peu à peu d'utiliser les urgences comme médecine de substitution à la médecine libérale* »<sup>22</sup>. Les patients pensent souvent que la consultation aux urgences est gratuite en comparaison avec la médecine de ville ; or les urgences sont également payantes, la seule différence est que les patients n'avancent pas les frais médicaux.

Lors de leur arrivée, les patients pensent la plupart du temps qu'ils vont être vus immédiatement par un médecin. Or « *L'IOA<sup>23</sup> priorise les prises en soins en fonction du degré de gravité et non de l'heure d'arrivée. Cela contribue à créer un climat de nervosité voire un sentiment de favoritisme. L'ordre de prise en charge est souvent source de mécontentement* »<sup>24</sup>. L'IAO est alors en première ligne de ces revendications, qu'elle doit gérer pour aplanir les tensions. Néanmoins, « *L'essence même des urgences apporte sa part d'anxiété et de brutalité. Il existe donc une certaine légitimité des patients à exprimer leur colère et même leur révolte* »<sup>25</sup>. Il arrive parfois même que l'IAO doive faire face aux « réactions en cascade » des patients ; les mécontentements des uns peuvent entraîner celui des autres. Les patients expriment leur colère quant à l'attente et pointent de temps à autre l'incompétence dont fait preuve l'IAO en poste d'après eux. Ce genre de critiques peut être pour le professionnel de santé déstabilisant.

Les patients d'aujourd'hui ont des attentes du système de soins qui sont calquées sur les modes de consommation actuel. Aline MAURANGES rappelle que « *Les urgences est le service qui vient rappeler que le comportement consommateur est devenu un fonctionnement généralisé [...] oblige les soignants à servir les patients comme des clients, vite et bien* »<sup>26</sup>.

---

<sup>22</sup> PENEFF, Jean. – *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale.* – p. 58.

<sup>23</sup> I.O.A : Infirmier(e) d'Orientation et d'Accueil.

<sup>24</sup> SOURANONH, Bernard. – *Les violences dans les services d'urgences.* – p. 16.

<sup>25</sup> Ibid. – p. 15.

<sup>26</sup> MAURANGES, Aline. - *Manuel à l'usage des soignants : Stress, souffrances et violence en milieu hospitalier.* – p. 46.

De plus, selon l'auteur Jean PENEFF, « *Ils veulent une médecine rapide, technique, à des horaires qui correspondent à leur genre de vie* »<sup>27</sup>. S'ils n'obtiennent pas satisfaction dans les minutes après leur arrivée dans le service des urgences, des frustrations grandissent jusqu'à ce qu'elles soient entendues, et peuvent parfois déborder sur des faits de violence. Il y a de la part des patients une incompréhension du ratio : nombre de patients se présentant aux urgences / nombre de places disponibles aux urgences. Ainsi pour l'IAO, « *Il faut aussi prendre en compte le stress occasionné par ces manifestations de violence, qui se répercute de fait sur les conditions de travail et sur la qualité des soins dispensés* »<sup>28</sup>.

Vient parfois s'ajouter à ces éléments « parasites » un manque de formation au poste de l'IAO. Il est vrai qu'en plus des difficultés à gérer les facteurs environnementaux de l'accueil des urgences, l'IAO doit faire face au stress des pathologies diverses et variées se présentant dans le service. Sa fonction ne doit pas lui permettre de passer à côté d'urgences vitales, ce qui ajoute là encore un facteur anxiogène à son travail. Ce manque de formation peut s'expliquer souvent par un manque de personnel dans la structure ; et ainsi avoir une incidence directe sur les erreurs professionnelles qui sont liées à la méconnaissance de ce poste. Il est fréquent que les IAO, en plus de leurs fonctions habituelles liées à ce poste, doivent s'occuper des fonctions administratives. L'enregistrement des dossiers de patient se fait habituellement par des agents administratifs la journée, mais la fonction d'IAO est assurée 24h/24. C'est alors à l'IAO que ce travail revient les nuits en plus du sien ; ce dépassement de tâches est encore un exemple des éléments qui parasitent son travail au quotidien.

La salle d'accueil est le passage obligé de tout patient voulant être reçu aux urgences, mais aussi un lieu stratégique pour administrer un numéro de tri. L'IAO a un poste central et doit user de tous ses savoirs et compétences pour faire face aux responsabilités qui lui sont confiées.

De plus l'IAO est en première ligne des interlocuteurs mécontents de l'absence de prise en soins immédiate. Elle est témoin et souvent même victime d'actes de violence. Violence qui se retrouve de plus en plus dans les établissements de santé et sous toutes ses formes.

---

<sup>27</sup> PENEFF, Jean. – *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale.* – p. 59.

<sup>28</sup> TERRAT, Evelyne. – *Les faits de violence en milieu hospitalier.* – p. 12.

## **II/. Les diverses formes de violence aux urgences**

Il est vrai que la violence est un phénomène mondial ; mais depuis seulement quelques années, celle-ci s'est intégrée dans les établissements de soins et est en hausse un peu plus chaque année. Cette violence prend plusieurs formes, il faut néanmoins la différencier de l'agressivité. Comme cela a été vu avec les chiffres de l'ONVS, le service des urgences est continuellement frappé par ces faits qui font même l'actualité. Ainsi, des outils de prévention ont été créés dans le but de diminuer les actes de violence et d'améliorer les conditions de travail des soignants.

### **1. Violences à l'hôpital**

*« La violence met en jeu les droits fondamentaux de tous, le droit à la sécurité et à la sûreté. Considérée comme un véritable fléau mondial, elle est de nos jours identifiée comme l'une des questions centrales de la santé publique internationale »<sup>29</sup>.*

#### **a)- Un phénomène mondial**

Les faits de violence recensés par l'ONVS montrent que la violence dans les établissements de soins s'est généralisée. Ces mesures tendent à identifier les différents actes de violence, afin de réfléchir sur des modes de prévention efficaces. D'après l'auteur Bernard E. GBEZO, les faits de violence en milieu hospitalier pourraient être *« Le reflet de la dégradation des conditions socio-économiques et des problèmes psychosociaux qui touchent toutes les sociétés »*<sup>30</sup> En effet la violence a toujours existée à l'hôpital notamment dans les services de psychiatrie. Ce qui est plus étonnant c'est que celle-ci n'épargne plus aucun service d'après les chiffres de l'ONVS. On peut même constater d'une année sur l'autre que ce phénomène s'amplifie selon les services, comme par exemple l'enregistrement d'une hausse de + 4% des faits de violence aux urgences en 2011 par rapport à 2010.

Un nouveau constat apparaît également depuis peu ; les établissements en milieu rural ne connaissent il y a encore peu de temps pas ou peu de situations de violence par rapport aux établissements urbains.

---

<sup>29</sup> TERRAT, Evelyne. – *Les faits de violence en milieu hospitalier*. – p. 10.

<sup>30</sup> GBEZO, Bernard E. - *Les soignants face à la violence*. – p. 23.

De nos jours, plus aucune différence ne se fait connaître : « *Les agressions se retrouvent maintenant dans tous les types de services et dans tous les établissements de santé* »<sup>31</sup>.

### **b)- Cadre législatif**

La loi n°**83-634** du 13 juillet 1983 relative aux droits et obligations des fonctionnaires, stipule que « *L'administration hospitalière est tenue de protéger ses agents contre les menaces, violences, voies de fait ou injures, diffamations ou outrages dont ils sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté* ». Celle-ci a pour but de protéger les employés face à tous les faits de violence dans le cadre de leur profession.

Suite à l'ampleur qu'ont pris les actes de violence, la Circulaire n°**DHOS/P1/2000/609** du 15 Décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence a vu le jour. Deux axes majeurs ont notamment été définis et s'orientent sur :

- La protection contre les menaces et violences ;
- La prévention et l'accompagnement en cas de violence.

Après une réflexion concernant les faits de violence dans les établissements de soins, un centre de recensement de ces actes a été créé en 2005 ; il s'agit de l'ONVS. « *Cette création s'inscrit dans une politique de prévention de la violence initiée dans les années 1990 et formalisée au début des années 2000* »<sup>32</sup> par la circulaire citée précédemment.

Il s'agit de la circulaire n°**DHOS/P1/2005/327** du 11 Juillet 2005, relative au recensement des actes de violence dans les établissements, qui détermine les missions que doit établir l'ONVS. C'est-à-dire « *Coordonner et évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements de santé* »<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> TERRAT, Evelyne. - *Les faits de violence en milieu hospitalier*. – p. 10.

<sup>32</sup> BENLAHOUES, Daniel. - *L'ONVS, un outil de prévention des violences à l'hôpital*. – p. 13.

<sup>33</sup> TERRAT, Evelyne. - *Op. Cit.* – p. 11.

Ainsi des rapports annuels peuvent quantifier la violence dans les différents services des structures hospitalières. Ceux-ci vont faciliter la mise en place de mesures préventives face à ces diverses formes de violence que l'on peut retrouver dans tous les services.

## 2. Les différents types de violence

Dans les recherches que j'ai pu mener pour ce travail, j'ai pu constater que le Bilan National des Remontées de Signalements d'Actes de Violence regroupait à la fois « les atteintes aux personnes » et « les atteintes aux biens ». Du fait que ma situation d'appel se rapporte exclusivement à « l'atteinte aux personnes », j'ai décidé de ne traiter que cette partie des actes de violence signalés.

Ce bilan met également en garde par rapport aux chiffres rapportés puisque ceux là ne reflètent pas forcément ce qui se passe au sein des services. Certains établissements de santé ne déclarent pas, ou alors en partie les incidents liés à la violence dans leur structure ce qui peut avoir un impact sur les chiffres énoncés.

En plus de cela, « *La notion de violence peut-être très subjective et le seuil de tolérance peut varier d'un personnel à un autre, qui du coup procédera ou non à un signalement* »<sup>34</sup>.

### a)- Violence institutionnelle

Le Bureau International du Travail définit la violence au travail comme suit : « *Tout incident au travail au cours duquel des personnes sont victimes de comportements abusifs, de menaces ou d'agressions physiques dans des circonstances liées à leur travail, y compris sur le trajet entre leur domicile et leur lieu de travail, et impliquant une remise en cause implicite ou explicite de leur sécurité, de leur bien-être ou de leur santé* »<sup>35</sup>.

Ainsi de cette définition, il ressort que la violence au travail regroupe les formes de violence physique, psychologique et verbale. Quelles qu'elles soient, elles ont un impact direct sur l'individu qui la subit. Cette définition nous renvoie au cadre législatif de la violence au travail défini précédemment.

---

<sup>34</sup> TERRAT, Evelyne. – *Les faits de violence en milieu hospitalier*. – p. 11.

<sup>35</sup> GBEZO, Bernard E. - *Les soignants face à la violence*. – p. 25.

## **b)- Violence physique**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence physique comme étant un « *Usage de la force physique contre une personne ou un groupe entraînant des dommages physiques, sexuels ou psychologiques. Sont visés les actes qui consistent notamment à battre, donner des coups de pied, gifler, poignarder, tirer avec une arme à feu, pousser, mordre et pincer* ». Parmi les « atteintes aux personnes », l'ONVS a mesuré en 2011 que 55% des faits de violence concernaient les coups<sup>36</sup>.

Ma situation d'appel illustre bien cette violence physique définie par l'OMS : « *Un patient violent qu'il a fallu contentionner pour sa sécurité et pour la nôtre du fait de ses coups de pieds* ».

## **c)- Violence psychologique et verbale**

L'OMS donne une version qui lie les violences psychologiques aux violences verbales<sup>37</sup>; ces deux définitions sont complémentaires l'une de l'autre dans ce cas présent :

- « *Comportement répété, d'un type relativement mineur en soi mais dont l'accumulation peut constituer une forme de violence très grave. Si un seul incident peut suffire, la violence psychologique est souvent une action répétée, inopportune, unilatérale et imposée qui peut avoir des effets dévastateurs sur la victime* » ;
- « *Usage délibéré du pouvoir, y compris la menace de recourir à la force physique, contre une autre personne ou un autre groupe, pouvant entraver le développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Sont visés les actes tels que les insultes, l'intimidation, le harcèlement et les menaces* ».

De ces deux définitions, j'ai alors décidé de regrouper les violences psychologiques et les violences verbales. En effet dans la seconde partie de définition, les actes qui sont visés englobent notamment les insultes. La violence psychologique est indissociable des mots qui sont portés à la victime ; ainsi on peut parler de violence verbale également.

---

<sup>36</sup> Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier. – *Bilan National des Remontées des Signalements d'Actes de Violence en Milieu Hospitalier*. – p. 9.

<sup>37</sup> Organisation Mondiale de la Santé. – *Rapport Mondial sur la Violence et la Santé*.

On peut mettre en lien des extraits de ma situation d'appel avec ce thème de violence psychologique et verbale. Les phrases que j'ai décidé de prendre pour illustrer cette situation sont : « *Je me suis même faite insulter* » et « *D'autres dénonçaient « l'incompétence » du travail de l'IAO et du mien* ».

L'apparition de la violence psychologique n'est pas exclusivement due à la communication verbale entre les acteurs (soignant/soigné). En effet le langage du corps, appelé aussi communication non-verbale peut entraîner ce type de violence. On répertorie des attitudes telles que : poings et mâchoires serrés ; sourcils froncés...

#### **d)- Cycle de la violence**

La violence apparaît en générale chez des individus qui ont plus de prédétermination à passer à l'acte de violence que d'autres. Ces personnes sont généralement impulsives ; instables psychologiquement et/ou ayant une pathologie psychiatrique ; excitées de part la prise d'alcool ou de stupéfiant ; ou encore frustrées face à une situation donnée ou ils ont le sentiment que leurs besoins ne sont pas assouvis. Les facteurs déclenchant énoncés précédemment ne sont pas exhaustifs mais ils regroupent la majeure partie de la population passant à l'acte de violence.

D'après mes recherches j'ai pu constater qu'il existait un modèle de la survenue de la violence comme suit<sup>38</sup> :

- **La tension** : pour diverses raisons, la tension et la frustration montent chez la personne qui a de la difficulté à gérer ses émotions. À ce moment, l'agresseur peut avoir tendance à faire des menaces et à se fâcher. De son côté, la personne qui subit la violence devient inquiète, a peur et essaie de calmer l'agresseur(e).
  
- **La crise ou phase de passage à l'acte** : l'accumulation d'émotions et de frustrations mal gérées peuvent mener à l'explosion. Ce débordement peut mener à différentes formes de violence (ex. : la violence verbale, physique, psychologique...). La personne qui en est victime se sent souvent ébranlée, triste et rabaisée.

---

<sup>38</sup> TEL-JEUNES. - *Le cycle de la violence* [en ligne] [Montréal] [Référence du 13/05/2013].

- **La justification ou phase de détente** : c'est l'étape des excuses, des explications et de l'argumentation. L'agresseur tente de justifier ses actions en accusant les autres, en minimisant ses gestes ou en tentant de les expliquer. La personne qui a subi la violence tente de comprendre les justifications et se sent souvent coupable et responsable des comportements de violence de l'agresseur(e).
- **La « lune de miel » ou rémission** : c'est le temps des promesses, des réconciliations, des pardons et de l'espoir. L'agresseur promet que cette situation ne se reproduira plus jamais.

#### e)- Violence aux urgences

« Ces violences sont devenues, dans une certaine mesure, « normales » dans l'esprit des équipes soignantes exerçant aux services d'accueil des urgences »<sup>39</sup>. D'après mes recherches et de par l'article dont est issue la citation ci-dessus, plusieurs facteurs pourraient expliquer la survenue des faits de violence dans un service d'urgence<sup>40</sup>. Parmi eux il y a :

- L'attente liée à l'engorgement des urgences : « Les délais d'attente sont aussi un des premiers motifs d'insatisfaction. En effet, dans les représentations des usagers, les soins à l'hôpital, encore plus avec la notion d'urgence, sont souvent synonymes d'immédiateté » ;
- Le fait que les patients viennent consulter pour avoir une réponse instantanée à une douleur qu'ils supportent depuis déjà plusieurs heures voire plusieurs jours, dans ce cas « Il est alors difficile aux soignants de faire encore supporter « l'insupportable » » ;
- Il se peut que la consultation aux urgences révèle une maladie « grave », à ce moment là « Les patients commencent le processus d'acceptation de la maladie aux urgences et passent par le refus, la colère » ;

---

<sup>39</sup> BENLAHOUES, Daniel. – *Les violences dans les services d'urgences*. – p. 15.

<sup>40</sup> Ibid.

- Les soignants peuvent dans certains cas refuser leur prise en soins par les soignants, cela arrive le plus fréquemment lorsque ceux là sont alcoolisés, sous produits stupéfiants ou encore en train de décompenser une maladie psychiatrique. « *Ce refus de soins peut se manifester par de l'agressivité verbale/physique* » ;
- Certains soins, qu'ils soient techniques (pose d'un cathéter veineux périphérique, pose d'une sonde naso-gastrique...) ou dits « de confort » (mise en place d'un bassin, effleurage de la zone sacrée afin de prévenir l'apparition d'escarres...) peuvent être perçus comme étant des actes agressifs. Ils peuvent être considérés « *Comme dégradant pour l'estime de soi. Des actes plus invasifs vont toucher l'intégrité même de la personne soignée* ». Le patient peut dans certains cas se mettre en position défensive face au soignant, considéré alors comme agresseur ;
- Les soignants, face à l'afflux massif de patients dans le service se retrouvent « sous tension » et ne prennent parfois plus le temps de donner des informations aux patients. Le peu de communication et l'attitude des soignants peuvent donner aux patients le sentiment d'être exclu des soins. De plus, « *La méconnaissance du patient sur son parcours de soins et sur l'identification des intervenants peut provoquer de l'anxiété et lui donner le sentiment d'être perdu dans un système de fonctionnement inconnu* ».

D'après le Bilan National des Remontées de Signalements d'Actes de Violence, les chiffres<sup>41</sup> concernant les services d'accueil d'urgence font apparaître que :

- 37% concernent les coups ;
- 34% les injures et les insultes ;
- 30% les menaces, y compris les menaces de mort.

Il faut être prudent lorsque l'on parle de violence ou d'agressivité. Beaucoup assimilent les deux ensembles, il y a néanmoins une distinction à faire.

---

<sup>41</sup> Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier. – *Bilan National des Remontées des Signalements d'Actes de Violence en Milieu Hospitalier.* – p. 26.

### 3. Comparaison entre violence et agressivité

D'après la définition du dictionnaire français LAROUSSE<sup>42</sup>, le mot « violence » se définit ainsi :

- « *Actes violents volontairement commis aux dépens d'une personne et qui, suivant les circonstances, constituent soit un délit, soit l'élément constitutif d'un délit, ou une circonstance aggravante, soit un fait générateur d'excuse ou encore une voie de fait.*
- *Agression physique ou morale exercée sur une ou plusieurs personnes et réprimée selon l'importance du préjudice subi (contravention si l'I.T.T. [interruption temporaire de travail] est inférieur à 8 jours, délit et au-delà, crime en cas de mutilation ou de mort) ou constituant une circonstance aggravante d'une autre infraction (vol avec violences) ».*

L'auteur Bernard E. GBEZO définit l'agression comme suit : « *L'agression correspond à un comportement physique ou verbal dont le but premier est de nuire à autrui, physiquement ou psychologiquement [...] Elle constitue l'expression comportementale de l'agressivité, c'est-à-dire l'action d'attaquer* »<sup>43</sup>.

Ces deux concepts proches sont néanmoins à distinguer, même si plusieurs « *Fondements [...] s'additionnent et convergent* ». L'auteur tente alors de faire une synthèse de cette comparaison et mentionne que « *Si la violence est toujours sous-entendue par une certaine agressivité, à l'inverse, toute agressivité ne se traduit pas forcément en violence. L'agressivité devient violence quand il y a un abus de pouvoir sur l'autre* »<sup>44</sup>.

Les actes de violence - et non d'agressivité - qui ont été répertoriés par l'ONVS ont permis d'élaborer des outils de prévention afin de les faire diminuer au sein des services ; mais aussi afin d'améliorer les conditions de travail des professionnels de santé.

---

<sup>42</sup> SILLAMI, Norbert. – *Dictionnaire de la psychologie*.

<sup>43</sup> GBEZO, Bernard E. - *Les soignants face à la violence*. – p. 13.

<sup>44</sup> Ibid. - p. 14.

#### 4. Observatoire National des Violences en milieu de Santé : ONVS

« L'ONVS recense les actes de violence commis dans les établissements de santé. Des bilans annuels permettent un suivi précis de l'évolution de ce phénomène »<sup>45</sup>.

Parmi les violences répertoriées, les conflits les plus souvent enregistrés<sup>46</sup>, issus du Bilan National des Remontées de Signalements d'Actes de Violence sont :

- **Entre personnel de soins :** « Concernant les victimes des actes de violence commis par le personnel, il s'avère que dans 86% des cas, il s'agit d'un conflit entre personnel » ;
- **De personnel de soins à patient :** « La catégorie « personnel/auteur » représente 4% et diminue de 1% par rapport à l'année 2010 » ;
- **De patient à personnel de soins :** « Les auteurs des actes de violence à l'encontre du personnel sont les patients dans 89% des cas » ;
- **D'accompagnant de patient à personnel de soins :** « Pour les services d'urgences, 30% des auteurs sont les visiteurs/accompagnants ».

Un site internet a été ouvert afin de permettre aux établissements de déclarer les faits de violence de façon sécurisés. Ceci dans l'intérêt de repérer les tranches horaires et les services les plus sensibles.

De plus des « *fiches réflexes* » ont été rédigées afin de préciser aux soignants et aux établissements de soins les conduites à tenir lors de situations de violence. Ces fiches, au nombre de quatre sont<sup>47</sup> :

- A destination de l'encadrement lorsque le personnel est victime ;
- A destination de l'encadrement lorsque le patient est victime ;
- A destination de l'agent victime dans son exercice professionnel ;
- A destination du patient victime à l'occasion de sa prise en charge au sein d'un établissement de soins.

---

<sup>45</sup> BENLAHOUES, Daniel. – *L'ONVS, un outil de prévention des violences à l'hôpital.* – p. 13.

<sup>46</sup> TERRAT, Evelyne. – *Les faits de violence en milieu hospitalier.* – p. 12.

<sup>47</sup> BENLAHOUES, Daniel. – *Op. Cit.* – p. 14.

Pour chaque victime (patient, agent ou soignant), un suivi sera mis en place et regroupera la prise en soins des plans physique, psychique, social ; ainsi que la prise en charge administrative et juridique.

Comme l'énonce l'auteur, « *Une politique de lutte contre les faits de violence passe par une bonne connaissance de ces faits. La création de l'ONVS participe à cet objectif mais elle ne règle pas définitivement un problème qui peut trouver des solutions à la fois dans la prévention, la formation, mais aussi une vigilance accrue de la part de tous, soignants et patients* »<sup>48</sup>.

Les violences rencontrées au quotidien par le personnel soignant peuvent avoir, à court ou à long terme, un impact sur la prise en soins des patients.

### **III/. Le travail des soignants confronté à la violence**

La violence vécue, et parfois subie par les professionnels de soins a un impact certain sur leur travail. Apparaît alors des réactions humaines inconscientes le plus souvent pour essayer de passer outre ces actes qui sont trop fréquents. Cette violence peut selon les soignants avoir de graves répercussions sur leur vie quotidienne et sur tous les plans. De ce fait, l'institution est concernée aussi et doit faire face à l'exaspération des équipes de soins. C'est au regard de ce constat que la notion de risque professionnel apparaît.

#### **1. Réactions des soignants face à la violence**

Les professionnels de santé ont des réactions différentes face à la violence ; pour se protéger, ils mettent en place des mécanismes de défense. Sans que les soignants s'en rendent compte, il se peut que les « déclencheurs » de ces faits de violence soient eux-mêmes : c'est l'effet Pygmalion. Quoiqu'il en soit, des sentiments de culpabilité ou d'impuissance sont souvent relatés par les soignants.

---

<sup>48</sup> BENLAHOUES, Daniel. – *L'ONVS, un outil de prévention des violences à l'hôpital.* – p. 14.

### a)- Mise en place des mécanismes de défense par les soignants

D'après le Dictionnaire de psychologie Larousse : « *Les mécanismes psychologiques dont la personne dispose pour diminuer l'angoisse née des conflits intérieurs dans la vie quotidienne, opération par laquelle un sujet confronté à une représentation insupportable la refoule, faute d'avoir les moyens de la relier, par un travail de la pensée, à d'autres pensées.* »<sup>49</sup>. Les mécanismes de défense des soignants sont au nombre de huit<sup>50</sup>:

- **La banalisation** : qui représente une mise à distance du ressenti ;
- **L'évitement** : qui permet au soignant de se réfugier derrière diverses excuses pour éviter de se retrouver en situation difficile : un entretien avec une personne qui lui pose problème, par exemple ;
- **La dérision** : qui sert à mettre à distance la souffrance par l'ironie ou le cynisme ;
- **L'indentification projective** : qui amène le soignant à se situer dans une relation fusionnelle avec le patient, faisant fi de toute distance relationnelle ;
- **La fausse réassurance** : qui amène le soignant à (se) dissimuler une réalité indésirable en se montrant optimiste de façon inadaptée dans une situation qui nécessiterait la prise en compte de la souffrance d'une personne ;
- **La rationalisation** : qui permet au soignant de se réfugier à outrance derrière une pensée raisonnable (discours médical et paramédical hermétique) ;
- **La fuite en avant** : qui pousse le soignant vers une surenchère des actions soignantes, sans tenir compte des besoins relationnels réels du patient ;
- **La technicisation** : qui permet au soignant de se réfugier derrière des actes techniques sans tenir compte des affects en présence.

---

<sup>49</sup> SILLAMI, Norbert. – *Dictionnaire de la psychologie*.

<sup>50</sup> MERKLING J, LANGENFELD S. – *Psychologie, sociologie, anthropologie*. – p. 203-204.

Il est nécessaire pour les soignants de se connaître, d'identifier leurs attitudes, leurs limites afin de pouvoir mettre en place une relation thérapeutique saine et d'améliorer leur relation à l'autre. La violence peut être une des causes qui déclenche ces mécanismes de défense.

### **b)- Sentiment d'impuissance et de culpabilité**

D'après l'auteur Bernard E. GBEZO, la violence « *Est à l'origine du climat d'insécurité qui règne chez les soignants en raison du risque professionnel qui en résulte* »<sup>51</sup>.

Après avoir subi un acte de violence, la plupart des soignants essaient de donner une explication. En majorité ils vont être persuadés que la violence dont ils ont été victimes est le « retour » d'une maladresse qu'ils ont commis. Ce schéma peut donner lieu à de la frustration ou encore à de la colère. « *En effet, de nombreux agents sont atteints dans leur image de soignants, car agressés par ceux qu'ils voulaient aider* »<sup>52</sup>. Ce constat amène les soignants à se dire qu'ils ne sont plus respectés, leur image en tant que soignant est modifiée. Dans un témoignage une soignante évoque en parlant de la violence : « *ça fait partie du travail, on l'accepte, on s'est préparé au fait qu'il peut y avoir des situations comme celles-là. Quand on choisit les urgences, on en est conscient* »<sup>53</sup>. Il y a alors de la part des soignants une « banalisation » de la violence.

De plus, des études ont montré que de nombreux faits de violence ne sont pas enregistrés par les soignants, craignant des remontrances de la part des supérieurs hiérarchiques et/ou de l'institution. Ils ne souhaitent pas « *ternir l'image de l'établissement* »<sup>54</sup>.

On peut donc affirmer que la violence sur le lieu de travail peut engendrer diverses peurs pour les soignants ainsi que des sentiments d'impuissance à exercer leur travail ou encore de la culpabilité, le sentiment d'être l'élément déclencheur d'actes de violence.

---

<sup>51</sup> GBEZO, Bernard E. - *Les soignants face à la violence*. - p. 27.

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> Ibid.

<sup>54</sup> Ibid.

### c)- L'effet Pygmalion<sup>55</sup>

La définition est la suivante : « *Les stéréotypes provoquent la confirmation de ce qu'ils postulent. Ils orientent les attentes à l'égard d'autrui, guident les comportements et influencent donc le comportement de l'autre dans le sens des attentes postulées* »<sup>56</sup>.

L'auteur Carl ROGERS évoque la notion de « considération positive inconditionnelle ». « *Cela veut dire que lorsque le thérapeute fait l'expérience d'une attitude positive, exempte de jugement, acceptante envers ce que le client est sur le moment, quoi que ce soit, alors le mouvement thérapeutique, ou changement, est plus probable* »<sup>57</sup>.

De l'exemple proposé<sup>58</sup>, j'ai repris ce modèle pour l'appliquer aux soignants travaillant aux urgences et ainsi faire comprendre ce qu'est l'effet Pygmalion. Donc, si les soignants aux urgences s'attendent à avoir des patients violents (préjugé), ils risquent d'adapter leur comportement en fonction de cette crainte. Les soignants seront réactifs au moindre écart du patient vis-à-vis des règles du service, certainement qu'ils seront méfiants et tendus dans la manière de s'adresser aux patients. Leur comportement va influencer la manière dont les patients vont ressentir la situation, majorer leur anxiété (déjà importante du fait de leur hospitalisation) et peut susciter chez eux de la violence. C'est l'effet Pygmalion : les préjugés des soignants, en influençant leur attitude et en renforçant leur méfiance à l'égard des patients vont participer à provoquer une réponse agressive.

Ces réactions ne sont pas anodines, elles poussent le soignant à continuer son travail auprès des patients malgré les obstacles rencontrés. Néanmoins ces stratégies ne sont pas suffisantes la plupart du temps, les soignants et les institutions subissent les conséquences de la violence.

---

<sup>55</sup> **Annexe V :** Mécanisme de l'Effet Pygmalion.

<sup>56</sup> MERKLING J, LANGENFELD S. – *Psychologie, sociologie, anthropologie*. – p. 171.

<sup>57</sup> ROGERS, Carl. - *De la non-directivité à l'approche centrée sur la personne* [en ligne] [Référence du 13/05/2013].

<sup>58</sup> MERKLING J, LANGENFELD S. – Op. Cit. – p. 171.

## 2. Impact de la violence sur le travail infirmier

« Les actes de violence en milieu hospitalier n'ont pas seulement des effets immédiats sur la vie des victimes mais, comme une pierre jetée à l'eau, par ondes successives, les conséquences s'étendent directement ou indirectement à d'autres personnes, ainsi qu'à l'institution »<sup>59</sup>.

### a)- Pour les soignants

Suite à un ou plusieurs faits de violence, il n'est pas rare que les soignants qui en sont victimes éprouvent de la peur et/ou de l'anxiété. Des retentissements<sup>60</sup> sur plusieurs plans peuvent apparaître (plan physique, psychologique, professionnel et personnel) à la suite d'un traumatisme qui semble anodin au premier abord.

Selon Bernard E. GBEZO, « Le fait d'être la cible de menaces à répétition, d'être régulièrement confronté à des attitudes humiliantes et hostiles peut provoquer un état de stress post-traumatique, qui va se traduire par de nombreux symptômes »<sup>61</sup>.

### b)- Pour l'institution

L'impact qu'entraîne la violence est important, qu'il soit sur le fonctionnement même du service ou sur le personnel soignant. L'auteur Bernard E. GBEZO donne certains exemples<sup>62</sup> tels que :

- La perturbation de l'organisation du travail ;
- La surcharge de travail pour les collègues lorsque le personnel absent n'est pas remplacé ;
- La détérioration de la qualité des soins ;
- L'allongement des délais pour la prise en charge des patients ;
- La souffrance et le sentiment d'insécurité chez le personnel.

---

<sup>59</sup> GBEZO, Bernard E. - *Les soignants face à la violence*. - p. 28.

<sup>60</sup> **Annexe VI** : Impact de la violence sur les soignants.

<sup>61</sup> GBEZO, Bernard E. – Op. Cit. - p. 29.

<sup>62</sup> GBEZO, Bernard E. – Op. Cit. - p. 30.

« *Les risques psychosociaux regroupent la violence interne à l'entreprise, la violence externe et le stress. Les conséquences des facteurs de risque liées aux risques psychosociaux mettent en jeu à la fois l'intégrité physique et la santé mentale des salariés* »<sup>63</sup>. Ainsi tous les soignants subissant régulièrement de la violence sur leur lieu de travail sont enclins à être sujet à des risques psychosociaux dans leur carrière.

L'institution doit faire face aux coûts qu'engendre la violence sur les soignants comme le versement des indemnités aux personnels de santé victimes ; les frais pour avoir recours à des intérimaires afin de remplacer le personnel absent ou encore les frais de procédure lorsque le soignant-victime porte les faits de violence au tribunal pénal.

Pour toutes les professions confondues en France, le coût social face aux risques psychosociaux est estimé entre 1,9 et 3 milliards d'Euros<sup>64</sup>. Ces chiffres montrent que les impacts qu'ont la violence tout comme les autres risques psychosociaux ne sont pas des faits isolés et touchent un grand public. L'assurance maladie en fait une de ses priorités d'actions afin de diminuer les coûts liés à ces risques chaque année.

Ainsi, « *Les effets de la violence varient d'un soignant à l'autre, en fonction de la nature et de la gravité de l'agression, de sa durée, de la personnalité de la victime et du soutien dont elle va bénéficier* »<sup>65</sup>.

Le poids de ses impacts peut amener les professionnels de santé à être submergés et ne plus pouvoir assumer leur rôle de soignants.

Cela permet de mettre en évidence que les violences, quelles qu'elles soient, ont un impact sur le travail des soignants. Ces professionnels de soins sont contraints de mettre en place des stratégies de protection que l'on appelle plus communément : mécanismes de défense. Ils permettent d'outre passer par exemple le sentiment d'insécurité que les soignants décrivent parfois.

---

<sup>63</sup> L'Assurance maladie. - *Les risques psychosociaux* [en ligne] [Référence du 13/05/2013].

<sup>64</sup> Ibid.

<sup>65</sup> GBEZO, Bernard E. - *Les soignants face à la violence*. – p. 29.

Après avoir développé ces différents concepts dans ce travail de fin d'étude, il paraît plus évident de comprendre les faits qui sont relatés par les médiats concernant les violences dans les services d'urgence. Les connaissances apportées sur le travail qu'exerce l'IAO, les diverses formes de violence qui sont répertoriées ainsi que les impacts qu'elles engendrent ; suscitent de réfléchir sur des manières de pallier à ce phénomène qui est de plus en plus récurrent, tout au moins de le faire régresser.

### **Question de recherche :**

De ce travail, j'ai pu établir une réflexion en dégageant des problématiques à partir de mes recherches, des ouvrages et des articles que j'ai explorés. J'ai alors isolé une question de recherche dans le cadre de l'amélioration de la prise en soins des patients, qui est :

**Quels seraient les moyens pour parvenir à diminuer la sensation de violence à l'accueil des urgences ?**

## **Outil d'enquête :**

J'ai décidé de cibler mon enquête sur des professionnels de santé (toutes fonctions confondues) travaillant dans les services d'urgences. J'aimerais mener celle-ci sur tous les établissements publics ayant ce type de service dans toute la région Centre. Ceci dans le but de comparer les actes de violence se produisant dans les établissements et d'en obtenir une explication. J'ai choisi comme support le questionnaire. Celui-ci comportera à la fois des questions à choix multiples et des questions ouvertes à réponse courte.

Il me paraît plus pertinent d'utiliser ce type d'outil car il permet d'être distribué à plus grande échelle et ainsi être plus représentatif de la réalité. J'ai décidé de distribuer 200 questionnaires, répartis dans les différents établissements en fonction de l'effectif des équipes. Le coût de cette méthode d'enquête est très peu onéreux, ce qui facilite sa distribution en quantité. Les questionnaires peuvent facilement être remplis. De même pour les soignants, une large distribution peut être faite au sein du service par le cadre de santé par exemple.

Le fait d'avoir des questionnaires facilitera l'analyse étant donné que les questions auxquelles les soignants devront répondre seront identiques. Les résultats pourront faire l'objet de statistiques pour les questions à choix multiples. Pour ce qui est des questions ouvertes à réponse courte, elles pourront apporter des pistes de réflexion sur les moyens à mettre en place afin de réduire la violence.

Enfin je vois un dernier avantage au choix d'un questionnaire, c'est qu'il reste anonyme et incite les soignants à répondre le plus objectivement possible.

L'inconvénient majeur de cet outil d'enquête est de ne pas être sûr d'obtenir assez de questionnaires complétés de la part des soignants du fait qu'ils sont en libre accès dans le service. On estime qu'environ un quart des questionnaires sont exploitables sur la quantité distribuée ; c'est pour cela que j'ai décidé d'en répartir 200 pour espérer en récupérer 50. De plus, il peut être difficile pour les professionnels de soins de remplir ce questionnaire sur leur lieu de travail par manque de temps ou par souci de confidentialité.

Cet outil d'enquête a pour objectif de répondre aux questions suivantes :

- Quel type de violence retrouve-t-on le plus fréquemment aux urgences ? (violence verbale, physique, psychologique..) ;
- Comment la violence se manifeste-t-elle ? (Coups, bousculades, insultes...) ;
- Quels outils sont déjà mis en place dans le service pour réduire la violence ressentie par les soignants ?
- Quelles actions pourraient être mise en place dans le service afin de réduire la violence et d'améliorer la prise en soins des patients ?
- Est-ce que les soignants bénéficient d'une formation particulière sur la gestion de la violence ? (Diplôme d'université, formation interne...).

## **Conclusion :**

Il est incontestable de dire que la violence fait désormais partie intégrante des établissements de santé. En effet, dans les services d'urgence elle y est quotidienne et interfère ainsi sur la prise en soins des patients et par conséquent sur la qualité des soins. Selon l'OMS, la qualité des soins est définie comme étant : « *L'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogène, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins* »<sup>66</sup>.

Il en ressort que si les soignants entament, dès l'accueil des patients aux urgences, des soins dits « relationnels », un échange basé sur une relation de confiance entre le soignant et le soigné s'installera, limitant les actes de violence. Ceci peut s'expliquer par la prise en considération du patient par les professionnels de santé, atténuant une certaine part d'anxiété chez celui-ci, ne contribuant pas à l'apparition de violence.

De plus, le fait de travailler sa posture professionnelle au sens propre est déterminante et peut également influencer le comportement des patients. La communication non-verbale et l'effet Pygmalion lorsqu'ils ne sont pas maîtrisés peuvent transmettre un mauvais message aux patients. Il se peut qu'ils l'interprètent de la mauvaise manière, se sentant alors menacés, ils mettent des mécanismes de défense en place pouvant se traduire par de la violence. Ainsi, il me semble que ces éléments peuvent faire l'objet d'une réflexion quant à la manière de réduire la sensation de violence à l'accueil des urgences. Ceux-là pourront être exploités à travers l'outil d'enquête qui sera mis à la disposition des soignants travaillant au sein de ce type de service. Ces professionnels de terrain, vivant au quotidien cette violence sont des interlocuteurs privilégiés puisqu'ils seront, après exploitation des questionnaires, de bons conseils pour estimer si les mesures à mettre en place sont réalisables.

Pour éviter que la violence à l'hôpital ne gagne plus de terrain, une sensibilisation auprès des soignants est de plus en plus accomplie afin de les encourager à déclarer tous les faits de violence dont ils sont victimes. Le but est de ne pas laisser la violence se banaliser dans les soins.

---

<sup>66</sup> HURLIMANN, Claire. – *Approche conceptuelle de la qualité des soins* [en ligne] [Référence du 22.05.2013].

Le recensement de ces actes auprès de l'ONVS permet de qualifier et de quantifier les faits de violence afin de mettre en place des stratégies de prévention efficace auprès des soignants. C'est un support qui rappelle également aux soignants qu'ils ne sont pas seuls face à cette violence et qu'ils ne doivent en aucun cas l'approuver.

La violence est souvent assimilée à l'épuisement professionnel. Celui-ci correspond à un épuisement émotionnel, à une déshumanisation de la relation à l'autre ainsi qu'à un sentiment d'échec professionnel. Néanmoins, la violence n'est pas la cause unique responsable de cet épuisement, il existe une multitude de facteurs tels que : une charge de travail jugée comme trop contraignante, une augmentation des contraintes collectives (formation, évaluation, prévention, économie de la santé...), une vie privée trop parasitée par le travail, une impression de ne pas (ou plus) s'accomplir dans son travail...

La prévention, par des formations internes ou des diplômes universitaires, peut donner au-delà de l'expérience (professionnelle et personnelle) des moyens pour mieux anticiper la survenue de tous ces facteurs et ainsi de pouvoir les gérer au fur et à mesure sans être « dépassé ». Le but est de limiter l'apparition des risques psychosociaux et même de l'épuisement professionnel afin que la prise en soins des patients soit optimale et de qualité.

La finalité de ce travail de fin d'étude est d'apporter ma contribution en dévoilant des pistes de réflexion visant à réduire la sensation de violence à l'accueil des urgences. Enfin celui-ci à pour objectif premier d'améliorer la prise en soins des patients, mission de l'infirmier journellement.

## **Bibliographie :**

### **Ouvrages :**

Formations des professions de santé. – *Profession Infirmier : Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession.* – Paris : SEDI Equipement, 2010. - 228 p.

GBEZO, Bernard E. - *Les soignants face à la violence.* – Rueil-Malmaison : Edition Lamarre, 2005. - 146 p. – (Pratiquer).

LANGENFELD S, MERKLING J. – *Psychologie, sociologie, anthropologie.* – Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010. - 237 p. – (Les Essentiels en IFSI).

MAURANGES, Aline. - *Manuel à l'usage des soignants : Stress, souffrances et violence en milieu hospitalier.* - 2<sup>ème</sup> éd. - La Chapelle Montligeon : Edition MNH, 2005. - 163 p.

PENEFF, Jean. – *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale.* – Paris : Edition Métailié, 2000. - 190 p. – (Leçon de choses).

SILLAMI, Norbert. – *Dictionnaire de la psychologie.* – Paris : Larousse, 1996.

### **Textes officiels :**

Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 relative aux droits et obligations des fonctionnaires. *Journal officiel*, 14 juillet 1983 – p. 2174.

Rapport STEG de 1989 relatif à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.

Circulaire n°DH.DGS-90.326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences.

Circulaire n°DH.4B/DGS 3E /91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation.

Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le Code de la Santé Publique. – *Journal officiel*, 10 mai 1995, n°109. – p. 7686.

Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins d'accueil et traitement des urgences et modifiant le Code de la Santé Publique. – *Journal officiel*, 10 mai 1995, n°109. – p. 7686.

Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences. – *Journal officiel*, 1 juin 1997, n°126. – p.8625.

Circulaire n°DHOS/P1/2000/609 du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence.

Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relatif à la prise en charge des urgences.

Circulaire n°DHOS/P1/2005/327 du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements.

Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique. *Journal officiel*, 23 mai 2006, n°119. – p.7535.

Article n°D6124-22 du Code de la Santé Publique du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique. – *Journal officiel*, 23 mai 2006, n°119. – p. 7535.

### **Revues :**

BENLAHOUES, Daniel. – L'ONVS, un outil de prévention des violences à l'hôpital. - *L'aide soignante*, - février 2013, n°144. - p. 13-14.

BENLAHOUES Daniel, SOURANONH Bernard. – L'avis des professionnels de santé sur la violence. - *L'aide soignante*, - février 2013, n°144. - p. 17-18.

SOURANONH, Bernard. – Les violences dans les services d'urgences. - *L'aide-soignante*, - février 2013, n°144. - p. 15-16.

TERRAT, Evelyne.- Les faits de violence en milieu hospitalier. - *L'aide soignante*, - février 2013, n°144. - p. 10-12.

**Document publié :**

Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier. – *Bilan National des Remontées des Signalements d'Actes de Violence en Milieu Hospitalier*. – Janvier 2012, 55 p. - [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan\\_national\\_des\\_remontees\\_des\\_signalements\\_d\\_actes\\_de\\_violence\\_en\\_milieu\\_hospitalier\\_-\\_annee\\_2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_national_des_remontees_des_signalements_d_actes_de_violence_en_milieu_hospitalier_-_annee_2011.pdf).

Organisation Mondiale de la Santé. – *Rapport Mondial sur la Violence et la Santé*. – Genève, Octobre 2002, 404 p. – [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/world\\_report/fr/full\\_fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/world_report/fr/full_fr.pdf).

**Documents non publiés :**

BARON D, LE CONTE P. – *L'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation Synthèse. Importance du Triage*. – 9<sup>ème</sup> Journées d'Enseignement Infirmier de Réanimation et d'Urgence. - Brest, Septembre 2001, 17 p. - [http://www.cmupl.org/OLD-SITE/doc/IAO\\_DB.pdf](http://www.cmupl.org/OLD-SITE/doc/IAO_DB.pdf).

DESCHAMPS Francis, LEMAN Cécile. – *SAMU de France*. – Colloque Nationale des CESU. - Reims, Décembre 2005, 12 p. - [http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/152/137/iao\\_cesu\\_reims.pdf](http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/152/137/iao_cesu_reims.pdf).

GASTINEAU Odile, MAZET Betty. - *Echelle de triage*.- Collège de Médecine d'Urgence des Pays de Loire. - Angers, Septembre 2001, 9 p. - [http://www.cmupl.org/OLD-SITE/doc/IAO\\_EchTri\\_OG&BM\\_0109.pdf](http://www.cmupl.org/OLD-SITE/doc/IAO_EchTri_OG&BM_0109.pdf).

PERCHOC, Mickael. - *Prise en charge des SDF aux urgences et acceptation des soins : Les compétences relationnelles infirmière*. - Travail de fin d'études en soins infirmier. - Clichy-la-Garenne : IFSI René Auffray, 2010. – 58p. - <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-mickael-perchoc.pdf>.

VIÉRA, Julie. – *Violence et soins infirmiers aux urgences*. - Travail de fin d'études en soins infirmier. - IFSI de Vierzon, 2012. – 28 p. - <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-julie-vieira.pdf>.

**Document audiovisuel :**

BONHOMMET, Marie. - *Urgences, qu'est-ce qu'on attend ?* - Paris : Production Pulsations avec la participation de France Télévisions, 2012. – 52 minutes.

**Documents Internet :**

L'Assurance maladie. - *Les risques psychosociaux* [en ligne] [Référence du 13/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : [http://www.ameli.fr/employeurs/prevention/les-risques-psychosociaux\\_landes.php](http://www.ameli.fr/employeurs/prevention/les-risques-psychosociaux_landes.php).

Classification Infirmière des Malades aux Urgences. – *Description Générale des Tris en Fonction de l'Estimation* [en ligne] [Paris] [Référence du 13/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : [http://www.triage-urgence.com/downloads/Cimu\\_descrip\\_gen\\_tri.pdf](http://www.triage-urgence.com/downloads/Cimu_descrip_gen_tri.pdf).

DESWARTE, Elisabeth. - *Mécanisme de l'Effet Pygmalion* [en ligne] [Paris] [Référence du 13/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : [http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=253&Itemid=84](http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=253&Itemid=84).

Diplôme d'Université de Formation à l'Accueil et Prise en Charge des Urgences [en ligne] [Strasbourg] [Référence du 13/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : [http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/enseignements\\_formations/enseignements\\_diplomes/cursus\\_diplome\\_docteur\\_en\\_medecine/3eme\\_cycle/diplomes\\_d\\_universite/du-diu/accueil\\_prise\\_charge\\_urgence.pdf](http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/enseignements_formations/enseignements_diplomes/cursus_diplome_docteur_en_medecine/3eme_cycle/diplomes_d_universite/du-diu/accueil_prise_charge_urgence.pdf).

HURLIMANN, Claire. – *Approche conceptuelle de la qualité des soins* [en ligne] [Référence du 22.05.2013]. Disponible sur Internet à partir de : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/telecharger/ad352328.pdf>.

MULLER, François. - *Le concept* [en ligne] [Référence du 13/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : <http://francois.muller.free.fr/diversifier/COMPETENCES.htm>.

Reverso. - *Urgence ressentie* [en ligne] [Référence du 13/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/urgence%20ressentie>.

ROGERS, Carl. - *De la non-directivité à l'approche centrée sur la personne* [en ligne] [Référence du 13/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : <http://acp.epanouissement.net/page2/page2.html>.

Société Française de Médecine d'Urgence. - *Référentiel de compétences de l'Infirmier(e) en Médecine d'Urgence* [en ligne] [Référence du 16/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : [http://www.infirmiers.com/pdf/Referentiel\\_infirmier\\_medecine\\_urgence.pdf](http://www.infirmiers.com/pdf/Referentiel_infirmier_medecine_urgence.pdf).

Société Française de Médecine d'Urgence. - *Référentiel IOA* [en ligne] [Référence du 16/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : <http://www.sfm.org/documents/ressources/referentiels/ioa2004.pdf>.

TEL-JEUNES. - *Le cycle de la violence* [en ligne] [Montréal] [Référence du 13/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : <http://teljeunes.com/informe-toi/violence/quest-ce-que-la-violence/cycle-de-la-violence>.

Triage Urgence. - *Classification Infirmière des Malades aux Urgences* [en ligne] [Paris] [Référence du 13/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : <http://www.triage-urgence.com/cimu.php>.

WEKA. - *La responsabilité des Infirmiers d'Accueil et d'Orientation lors de la prise en charge du patient aux urgences (IAO)* [en ligne] [référence du 13/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : <http://www.weka.fr/sante/base-documentaire/responsabilites-des-personnels-de-sante-wk332/les-urgences-dans-les-etablissements-de-sante-sl3652361/la-responsabilite-des-infirmiers-d-accueil-et-d-organisation-lors-de-la-prise-en-charge-du-patient-aux-urgences-iao-sl3652371.html>.

## **Annexes**

## **Annexe I : Abréviations utilisées dans ce travail**

- **O.N.V.S.** : Observatoire National des Violences en milieu de Santé
  
- **O.N.V.H.** : Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier
  
- **I.A.O.** : Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation
  
- **S.F.M.U.** : Société Française de Médecine d'Urgence
  
- **I.O.A.** : Infirmier(e) d'Orientation et d'Accueil
  
- **O.M.S.** : Organisation Mondiale de la Santé
  
- **I.T.T.** : Interruption Temporaire de Travail

## **Annexe II : Décrets et Circulaires consécutifs au Rapport STEG**

- Circulaire **DH.DGS-90.326** du 15 février 1990 relative à l'amélioration de l'accueil des urgences ;
- Circulaire **DH.4B/DGS 3E /91-34** du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation ;
- Décret **95-647** du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le Code de la Santé Publique ;
- Décret **95-648** du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins d'accueil et traitement des urgences et modifiant le Code de la Santé Publique ;
- Décret **97-615** du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences ;
- Circulaire **195/DHOS/01/2003** du 16 avril 2003 relatif à la prise en charge des urgences ;
- Décret **n°2006-576** du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique.

## **Annexe III : Niveau de triage aux urgences**

Classification Infirmière des Malades aux Urgences. – *Description Générale des Tris en Fonction de l'Estimation* [en ligne] [Paris] [Référence du 13/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de : [http://www.triage-urgence.com/downloads/Cimu\\_descrip\\_gen\\_tri.pdf](http://www.triage-urgence.com/downloads/Cimu_descrip_gen_tri.pdf)

## **Annexe IV : Diplôme d'Université de Formation à l'Accueil et de Prise en Charge des Urgences**

Diplôme d'Université de Formation à l'Accueil et Prise en Charge des Urgences [en ligne] [Strasbourg]  
[Référence du 13/05/2013]. Disponible sur Internet à partir de :

[http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/enseignements\\_ formations/enseignements\\_diplomes/cursus\\_diplome\\_docteur\\_en\\_medecine/3eme\\_cycle/diplomes\\_d\\_universite/du-diu/accueil\\_prise\\_charge\\_urgence.pdf](http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/enseignements_ formations/enseignements_diplomes/cursus_diplome_docteur_en_medecine/3eme_cycle/diplomes_d_universite/du-diu/accueil_prise_charge_urgence.pdf)

### **ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE DES URGENCES**

#### **Objectifs :**

Adaptation à l'emploi des personnels paramédicaux affectés aux services d'urgences.

Mise à niveau des personnels paramédicaux en activité dans un service d'urgences.

Formation des personnels de santé impliqués dans la prise en charge d'urgences.

Cette formation a pour objet l'approche globale des thèmes essentiels, indispensables à tout soignant pour une prise en charge consensuelle, validée, optimale et sécurisée des urgences.

La diversité et la spécialisation des intervenants permet une approche de haut niveau et actualisée.

L'objectif final est l'adéquation des connaissances à la pratique de terrain, en donnant aux personnes concernées les bases fondamentales d'un exercice quotidien de l'urgence.

#### **Public concerné :**

Les Infirmier(e) s, cadres infirmiers, cadres infirmiers supérieurs des services d'urgences.

Tout personnel soignant impliqué dans la prise en charge des urgences, niveau DE Infirmiers et être en activité dans les services d'urgences ou en changement d'orientation.

#### **Cours et programme :**

Cours 70h + 50h T.D.

L'enseignement a lieu au Service de Formation Continue sous la forme de 5 sessions de 2 jours.

## **Annexe V : Mécanisme de l'Effet Pygmalion**

DESWARTE, Elisabeth. - *Mécanisme de l'Effet Pygmalion* [en ligne] [Paris] [Référence du 13/05/2013].  
Disponible sur Internet à partir de :

[http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com\\_content&task=view&id=253&Itemid=84](http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=253&Itemid=84)



## **Annexe VI : Impact de la violence sur les soignants**

GBEZO, Bernard E. - *Les soignants face à la violence.* - Page 30.

<b>Physique</b>	<b>Psychologique</b>	<b>Professionnel</b>	<b>Personnel</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Blessures</li><li>- Maladies</li><li>- Troubles du sommeil</li><li>- Fatigue</li><li>- Epuisement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Angoisse</li><li>- Peur</li><li>- Colère</li><li>- Agressivité</li><li>- Perte d'estime de soi</li><li>- Stress</li><li>- Dépression</li><li>- Stress post-traumatique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Baisse de motivation</li><li>- Sentiments d'incompétence</li><li>- Absentéisme</li><li>- Conflits et tensions</li><li>- Démission</li><li>- Augmentation du risque d'erreurs</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conflits familiaux</li><li>- Impatience envers les enfants</li><li>- Problèmes relationnels</li><li>- Sentiments d'être isolé</li></ul>