



**République Algérienne Démocratique et Populaire**

**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique**

**Université ABDLHAMID IBN BADIS MOSTAGANEM**

**Faculté de médecine**

**Département des sciences infirmières**

**Mémoire de fin d'études**

**Master en « Soins pré hospitalier et gestion des urgences vitales »**

**Présenter par : ZEMZEM Ismail**

**Thème :**

# **L'infirmier et la violence aux urgences**

<i>NOM, Prénoms</i>	<i>Grade</i>	<i>Qualité</i>
<b>Mr Abdellah SABER</b>	Maitre-assistant	Encadreur
<b>Mme Khadidja MZAAD</b>	Médecin Urgentiste	Examinatrice
<b>Mr BENCHIKH AEK</b>	Chirurgien	Président

Année Universitaire 2017/2018



## *Remerciements*

Louanges à Allah le miséricordieux, qui nous a aidé  
tout au long de notre vie, qu'il soit loué.

*Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué de près  
ou de loin à la réalisation de ce modeste travail, en  
particulier :*

**Mr. Saber** pour son encadrement et sa  
disponibilité le long de notre travail.

*Notre chef de département **Mr. Halbouche.M** Ainsi que  
Tous les enseignants pour nous avoir formés et guidés,  
et surtout **Mme Mzaad** qui nous a encouragés tout au  
long de notre cursus.*

Je remercie également tout les personnels de **L'EPH** de  
**MOSTAGANEM** pour leur aide durant nos stages  
pratiques.



## *Dédicace*

*Je dédie ce modeste travail à ma famille  
Pour leurs soutient, leur encouragement,  
ainsi que leur sacrifice,  
, Mes amis(es) ainsi qu'à tous ceux qui  
m'ont aidés de près et de loin  
Sans exception*

Sommaire  
Introduction  
Problématique  
Hypothèses  
Objectif à atteindre

## Volet théorique

### Chapitre I : les urgences

1)-définitions.....5  
2) le personnel dans les services d'urgences.....5  
3)- la classification de l'urgence.....6  
    3-1)- IOA.....6  
4)- situation de crise.....7  
5)- les besoins des patients aux urgences.....8  
6)- compétences et aptitudes d'infirmier aux urgences.....11  
7)- relation soignant/soigné.....12  
    7-1)- La relation soignant-soigné aux urgences.....13  
8) le concept d'agressivité et de la violence .....14  
    8-1)- Définitions  
        8-1-1)- l'agressivité.....14  
        8-1-2)- la violence.....14  
    8-2)- La violence dans le monde.....14  
    8-3)- La violence à l'hôpital.....15  
    8-4)- exemple de manifestation de la violence.....15  
    8-5) mécanisme de survenue de la violence .....16  
        8-5-1)- facteurs déclenchant.....16

## Volet pratique

I)- Matériels et méthodes.....18  
1)-présentation du dispositif et des modalités d'enquête..... 18  
1-1)- Choix et construction de l'outil d'enquête.....18  
1-2)- Choix du lieu et de la population ciblent.....18  
2)-Présentation de méthode d'étude .....19  
II)- Résultats et analyse.....20  
III)- discussion.....34  
Suggestion.....35  
Conclusion.....40  
Bibliographie.....41  
Annexe.....44



**Abréviations utilisées dans ce travail**

**FR:** Fréquence Respiratoire

**IOA :** Infirmiers Organisateur de l'accueil

**OMS :** Organisation Mondial de la Santé

**PA :** Pression Artérielle

**SAMU :** Service d'Aide Médical d'Urgence

**SAU :** Service d'Accueil des Urgences

**SU :** Service d'Urgence

**SAUV :** Salle d'Accueil des Urgence Vitales

## LISTE DES TABLEAUX

---

<b>Tableau N°01</b> : répartition de la population d'étude selon le genre.....	<b>20</b>
<b>Tableau N°02</b> : Ancienneté de poste.....	<b>21</b>
<b>Tableau N°03</b> : horaires de travail.....	<b>21</b>
<b>Tableau N°04</b> : subitement des enquêtés à la violence.....	<b>22</b>
<b>Tableau N°05</b> : type de violences subies.....	<b>23</b>
<b>Tableau N° 06</b> : Nature de la violence physique subie.....	<b>23</b>
<b>Tableau N°07</b> : nature de violence verbale subie.....	<b>24</b>
<b>Tableau N°08</b> : moment ou le nombre d'agression est le plus important. ....	<b>25</b>
<b>Tableau N°09</b> : l'auteur de la violence.....	<b>26</b>
<b>Tableau N°10</b> : Réactions immédiates de la victime face à l'agression.....	<b>26</b>
<b>Tableau N°11</b> : Réactions ultérieures de la victime face à la violence.....	<b>27</b>
<b>Tableau N°12</b> : facteurs liés au service.....	<b>28</b>
<b>Tableau N°13</b> : facteurs liés au travail.....	<b>29</b>
<b>Tableau N°14</b> : conséquences immédiate sur la santé du soignant .....	<b>30</b>
<b>Tableau N°15</b> : conséquences sur le poste de travail.....	<b>31</b>

## Liste des figures

---

<b>Figure 01</b> : répartition de la population d'étude selon le genre .....	20
<b>Figure 02</b> : ancienneté de poste.....	21
<b>Figure 03</b> : Horaires de travail .....	22
<b>Figure 04</b> : subitement des enquêtés à la violence.....	22
<b>Figure 05</b> : type de violences subies.....	23
<b>Figure 06</b> : Nature de la violence physique subie.....	24
<b>Figure 07</b> : Nature de la violence verbale subie.....	25
<b>Figure 08</b> : moment ou le nombre d'agression est le plus important .....	25
<b>Figure 09</b> : l'auteur de la violence.....	26
<b>Figure 10</b> : Réaction immédiate de la victime face à la violence.....	27
<b>Figure 11</b> : Réaction ultérieure de la victime face à la violence.....	28
<b>Figure 12</b> : Facteurs liés au service.....	28
<b>Figure N°13</b> : facteurs liés au travail.....	29
<b>Figure N°14</b> : conséquences immédiate sur la santé du soignant .....	30
<b>Figure N°15</b> : conséquences sur le poste de travail.....	32

La violence est un phénomène d'actualité, qui fait partie de notre quotidien, et qui présente partout dans notre société actuelle. Les milieux de travail et les services publics n'échappent pas à ce phénomène, qui est aussi de plus en plus présent dans le milieu de la santé.

Le service des urgences est une porte ouverte sur la ville, premier lieu d'accueil, La violence au sein de ce service est une réalité quotidienne pour le personnel car, elle est tout d'abord le reflet de la violence dans notre société.

Au cours de nos stages pratiques au sein de « EPH » de Mostaganem, nous avons été confrontées à des situations de violence verbale de la part des patients et leurs accompagnants, cependant, ces situation restent relativement étranges pour nous, de part notre statut d'étudiants d'infirmières. Désormais, en pratiquant notre profession, de soignant nous ne sommes plus seulement sujettes à la violence verbale mais également à une violence physique qui influence la prise en charge des patients.

Ce qui nous a motive à élaborer ce travail de recherche a fin de savoir plus sur ce phénomène et afin de mieux le prévenir et y faire face.

On a élaboré un **questionnement** afin d'identifier les différentes notions auxquelles les situations de violence dans les services des urgences pouvaient faire appel, pour enfin aboutir à la formulation d'une **question de départ**.

Le service des urgences est particulièrement touché par la violence. Face à ce phénomène, plusieurs questions nous ont interpellées au regard de plusieurs notions :

***L'urgence** : Qu'est-ce qu'une urgence, selon les soignants et selon les patients ?*

***Service des urgences** : Quelles sont les missions du service des Urgences ? Comment est-il organisé ? Qu'est-ce que le « tri » aux urgences ? Comment est-il réalisé ? Qu'est ce qu'une situation de tension dans les services d'urgences ?*

***Situation de crise** : Qu'est-ce qu'une situation de crise ?quels sont les ressentis des soignés en situation de crise ? Quelles sont leurs attentes aux urgences?*

**L'infirmier aux urgences** : *quelles sont les compétences et les aptitudes de l'infirmier au sein du service des urgences ?*

**Relation soignant-soigné** : *Qu'est-ce qu'une relation d'aide et une relation de confiance?*

*Quelles sont les capacités de soignant?*

**La violence et l'agressivité** : *Qu'est-ce que la violence et l'agressivité? Existe-t-il plusieurs types de violences ? Comment ce manifeste-t-elle et quelles sont ses mécanismes de survenue?*

*Quels sont les facteurs qui la déclenchent? Quelles sont les caractéristiques de la violence en milieu de soins ?*

**L'infirmier face à la violence** : *Quelles peuvent-être les répercussions de la violence sur les soignants ? Quels comportements ces derniers peuvent-ils être amenés à adopter en retour ?*

*Quelle est la prise en charge possible pour un soignant victime de violence? Comment peut-il la prévenir? Quels sont les moyens à mettre en place pour y faire face?*

Afin de comprendre au mieux la problématique de la violence dans un service d'urgence il est pertinent, tout d'abord, de voir quels sont, s'il y'en a, les facteurs spécifiques dans ce service qui pourraient faciliter la survenue de violence venant des patients et accompagnants à l'encontre du personnel infirmier

Le questionnement et des recherches théoriques préalables nous ont permis de poser la question de départ suivante :

***Quels sont les facteurs qui influencent la survenue de la violence à l'encontre des infirmiers aux Urgences?***

Afin de répondre à la question précédente et dans le but d'atteindre les objectifs de notre étude, nous avons proposés l'hypothèse suivante qui sera soumise à vérification durant notre enquête :

« L'organisation du service des urgences et les conditions de travail semble être la cause de la survenue de la violence »

# Introduction

---

- Disposer de données sur la violence subie par le personnel infirmier au sein du service des urgences et de la caractériser cette.
- Déterminer les circonstances de survenue de cette violence.
- Apprécier ses conséquences sur la santé surtout mental du soignant.
- Ressortir les contraintes organisationnelles et psychosociales susceptibles de favoriser cette violence.
- savoir comment réagir à la survenance d'un fait de violence.
- prendre des mesures de prévention pour réduire/éliminer les facteurs de risque.

Volet théorique

## Chapitre I : Les urgences

### 1)- Définitions :

1-1) Le terme « urgence » vient du latin « urgere » qui signifie « pousser, presser, dont on doit s'occuper sans retarder »(11). Dès le V<sup>ème</sup> siècle, il est employé dans le même sens qu'aujourd'hui.

### 1-2) Selon les dictionnaires :

- Caractère de ce qui est urgent, nécessité d'agir vite (le petit Robert) (15).
- Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement (Larousse médicale) (30).

*« Selon la définition médicale du terme, on entend par « urgence » « toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. L'appréciation de l'urgence est instantanée et appartient autant à la victime qu'au soignant »(11).*

Cette définition introduit les notions de ce que sont l'urgence réelle, vitale, telle qu'elle est interprétée par le soignant, et l'urgence ressentie, telle qu'elle est vécue par le patient.

Le dictionnaire définit aussi le terme « urgences » (au pluriel) désignant le « service hospitalier où sont dirigés les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat » (Larousse médicale) (30).

### 2)- Le personnel dans les services d'urgences :

Pour permettre une prise en charge globale du patient dans les services d'urgences, il est indispensable de travailler en pluridisciplinarité(6), voire en multidisciplinarité.

On y trouve des agents d'entretien, aides soignants, infirmiers, cadres infirmiers, internes en médecine, médecins.

D'autres professionnels sont également présents comme les secrétaires, agents chargés des admissions, les assistantes sociales, brancardiers, ambulanciers, manipulateurs en radiologie, radiologues, médecins spécialistes, psychiatres. Également des professionnels extérieurs au centre hospitalier : sapeurs-pompiers, gendarmes, policiers, ambulanciers privés.

Tous ces professionnels ont leurs places dans les services d'urgences du fait de la diversité des pathologies rencontrées, des différents aspects médicaux, chirurgicaux, psychologiques, psychiatriques et sociaux



### **3)- La classification de l'urgence :**

Un service d'urgence reçoit, à toutes heures du jour et de la nuit, des malades, dont l'arrivée n'est pas annoncée. Plusieurs malades arrivent au même moment, pour des motifs totalement différents et présentent des gravités également très différentes.

Il est nécessaire d'organiser la prise en charge des malades dès le premier accueil (dès l'arrivée). Il faut réaliser un 'tri' de l'urgence avec une catégorisation des patients afin que ceux qui le nécessitent puissent bénéficier d'une prise en charge immédiate(7) (circuit court).

#### **3-1)- IOA :**

Le poste d'IOA est une nouvelle fonction soignante créée dans le but de l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) (18) 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.

L'infirmier organisateur de l'accueil occupe une place particulière et essentielle dans la prise en charge du patient se présentant au SAU puisqu'il s'agit du premier intervenant que le patient rencontre(1). Cette fonction ne peut être assurée que par un infirmier qualifié, alliant expérience, connaissances et aptitudes de communication(6)

#### **3-1-1)- mission de l'IOA :**

- **Mission général :**

L'IOA a pour mission d'accueillir tout patient et ses accompagnants se présentant aux urgences, d'identifier le motif de consultation, d'évaluer l'état clinique et d'orienter dans le secteur approprié en fonction du degré de gravité (23)

- **Mission permanentes :**

- Assurer un accueil adapté (recueil du motif de consultation, histoire de la maladie, antécédents...).
- Assurer la réalisation des premiers soins (constantes : pouls, PA, saturation en O<sub>2</sub>, FR, glycémie capillaire, évaluation de la douleur, gestes de première urgence...).

- Assurer une orientation dans les différents secteurs adaptée au motif de consultation selon l'échelle de tri.
- Orienter vers le bureau des admissions afin de procéder à l'enregistrement administratif en fonction de l'état de santé du patient.
- Informer le patient et les accompagnants du déroulement de la prise en charge.
- Renseigner les familles en attente.

### **4)- Une situation de crise :**

Le patient se présentant aux urgences, quelle que soit sa détresse, vit une situation souvent ressentie comme catastrophique, car faisant suite à un évènement imprévu, parfois brutal, qui vient rompre son quotidien et auquel il n'a pas eu le temps de s'habituer(33).

Arrivé dans le service des urgences, le patient se trouve dans un environnement qu'il ne maîtrise pas, qui lui est inconnu, stressant et souvent bondé. Il est en dehors de ses repères habituels, et de plus, s'inquiète pour sa santé et son devenir.

Au-delà de cet aspect, d'autres éléments peuvent venir s'ajouter tels que l'incertitude quant à la durée de sa prise en charge, les difficultés d'organisation de sa journée, la possible remise en question de ses projets... le patient traverse alors une « situation de crise »(35)

#### **4-1)- Les ressentis des soignés en situation de crise :**

Quelle que soit la crise qu'est en train de vivre le patient, celle-ci a toujours un impact émotionnel liée à la situation.

On peut noter l'expression de deux états émotionnels : l'anxiété et l'angoisse, liés à deux émotions : la peur et la colère(33).

- **L'anxiété :**

La personne anxieuse perçoit une sensation de malaise, une forte crainte, dont l'objet est indéterminé. L'anxiété est une « réaction à un danger souvent son spécifié ou inconnu pour la personne, l'objet de ce danger se situe très souvent dans le champ imaginaire des représentations »(33).

- **L'angoisse :**

L'angoisse est un « *malaise psychique et physique né du sentiment d'un danger* »(17). C'est donc un ressenti que l'on peut rencontrer fréquemment chez les patients ayant recours aux services d'urgence.

- **La peur :**

Contrairement à l'anxiété on à l'angoisse, on parle de peur pour désigner une crainte dont l'objet est toujours clairement identifiable. « *Emotion qui accompagne la prise de conscience d'un danger, d'une menace* »(17).

Le patient aux urgences peut être l'objet d'une peur qualifiée de latente, laquelle est souvent associée à un sentiment d'insécurité, un manque de confiance envers les soignants lié

à un manque d'informations, la peur de subir des examens et d'avoir mal, du diagnostic et de la mort(33).

- **La colère :**

La colère est une émotion fréquente qui traduit l'insatisfaction « *irritation, vif mécontentement accompagné de réactions violentes* »(31).

Le patient aux urgences ne sait pas comment gérer la situation de crise qu'il est en train de vivre, par l'expression de sa colère, il envoie aux soignants un signal d'alarme, les informant d'une part, de l'insatisfaction d'un besoin, et d'autre part, de l'objet qu'il considère comme étant l'obstacle à son bien-être(33).

Tout patient se présentant aux urgences via une situation de crise, dont l'expression ultime, si elle n'arrive pas à être gérée, peut aller jusqu'à la violence.

### **5)- Les besoins des patients aux urgences :**

La notion de « besoin » est définie comme étant « *une exigence née de la nature au de la vie sociale* » (31), ressentie et/ou exprimée par un être humain.

Connaitre les besoins de l'homme sain et indispensable pour pouvoir répondre sans trop d'hésitation et d'erreurs aux besoins du malade, car ils ne diffèrent pas, en qualité, les uns des autres.

En 1943, le psychologue Abraham H.Maslow identifie cinq catégories de besoins qui s'organisent selon une hiérarchie pyramidale où les besoins d'ordre supérieur ne peuvent être satisfaits que si les besoins d'ordre inférieur sont eux-mêmes satisfaits(22).

Au premier palier de cette pyramide se trouvent les *besoins physiologiques*, permettant aux individus de se maintenir en vie (manger, boire, respirer, dormir, se maintenir en santé...).

Viennent ensuite, au deuxième palier, les *besoins de sécurité*, qui permettent aux individus d'assurer leur protection (se sentir en sécurité, en confiance, se

protéger des dangers physiques et menaces psychologiques, besoin de maîtriser les choses et les événements...). Au troisième palier prennent place les *besoins d'appartenance*, permettant d'entretenir des relations (être aimé, être informé, comprendre et être compris, obtenir un statut social reconnu par autrui, pouvoir s'exprimer et être écouté...).

Au quatrième palier se trouvent les *besoins d'estime*, permettant d'obtenir de la considération, de la reconnaissance (sentiment d'être utile, d'avoir de la valeur, conserver son identité, son autonomie, être respecté et estimé par autrui, participer aux prises de décision...).

Enfin, au sommet de la pyramide, on trouve les *besoins de réalisation*, d'accomplissement de soi, permettant à chaque individu d'affirmer de manière personnelle son caractère unique, de réaliser ses potentialités (développer ses connaissances, ses valeurs, s'épanouir, créer, réaliser des projets, être acteur dans la résolution de problèmes complexes...).



Aux urgences, le patient, en situation de crise, se trouve dans un état de vulnérabilité et les stratégies d'adaptation dont il dispose en lui ne lui permettent pas forcément de retrouver un équilibre.

Ses besoins primaires, que sont les besoins physiologiques et les besoins de sécurité, sont mis à mal : le patient vient car il perçoit un problème relatif à sa santé, une menace potentielle mettant sa vie en danger (à degré variable selon la situation). C'est à l'infirmier de reconnaître le niveau de besoin du malade et de l'assister dans son évolution(22).

En 1955, une infirmière, Virginia Henderson, définit une hiérarchisation de « 14 besoins fondamentaux » (33) qu'elle pose comme base conceptuelle des soins infirmières.

De l'analyse de ces 14 besoins fondamentaux découle le rôle propre infirmier, visant à rétablir le patient en autonomie, en parant momentanément au déséquilibre induit par la situation difficile qu'il est en train de vivre.

Un aperçu global des besoins du patient :

- *Besoin de se maintenir en santé* : le patient ressent un trouble, une défaillance, un problème menaçant ses fonctions physiologiques ayant motivé son passage au SAU.
- *Besoin de se sentir en sécurité* : il ressent le besoin d'être pris en charge par des soignants

compétents, efficaces, qui sauront lui apporter de l'aide, le rassurer, et en qui il peut avoir confiance.

- *Besoin de maîtriser son environnement* : dans un lieu qu'il ne connaît pas et où il n'a pas de repère, le patient peut se sentir perdu et davantage vulnérable ; ceci contribue au sentiment d'insécurité.

- *Besoin d'être informé* : le patient a besoin de recevoir toutes les informations qu'il estime nécessaires, telles que savoir l'organisation de la prise en charge, le temps d'attente avant d'être examiné, la durée des examens complémentaires, être tenu au courant des diagnostics et des résultats...

- *Besoin de comprendre* : lié au besoin d'être informé, le besoin de comprendre permet au patient de compenser un possible sentiment d'infériorité conféré par son statut de patient face au soignant qui, lui, a les connaissances et les compétences. Comprendre lui permet de ne pas se sentir exclu, abandonné.

- *Besoins de s'exprimer, d'être écouté et d'être compris* : le patient a besoin d'entrer en relation avec les soignants et de savoir que son avis sera pris en compte, qu'il a son mot à dire quant à sa prise en charge et aux décisions à prendre.

*Besoins de considération et de reconnaissance* : le patient a besoin de ressentir de l'estime

et du respect à son égard, comme un individu unique, acteur de sa vie et de sa santé, au lieu de n'être qu'un simple objet de soins techniques.

### **6)- Compétence d'infirmier(e) aux urgences :**

Le terme « compétence » définie comme « *connaissance approfondie et reconnue (dans une matière)* »(17).

« La définition de la compétence n'est pas tout à fait arrêtée de façon consensuelle. Elle correspond à la mobilisation et à la combinaison dans l'action d'un certain nombre de

ressources individuelles ou collectives : connaissances, savoir-faire technique, savoir-faire relationnel, aptitudes et qualités »(30).

- Un « savoir mobiliser » : il ne suffit pas de posséder des connaissances ou des capacités pour être compétent, il faut savoir les mettre en œuvre quand il le faut et dans les circonstances appropriées.
- Un « savoir combiner » : l'infirmier doit savoir sélectionner les éléments nécessaires dans le répertoire des ressources, les organiser et les employer, pour réaliser une activité professionnelle.
- Un « savoir transférer » : toute compétence est transférable ou adaptable.

La compétence renvoie donc à l'action et à l'efficacité. Pour être reconnue, elle doit être évaluée. La compétence est un pouvoir agir. Ce pouvoir peut s'entendre de deux manières :

- Du point de vue juridique : faire ce que l'on a le droit et le devoir de faire.
- Du point de vue psychosociologique : faire ce que l'on sait faire.

« *L'infirmier(e) doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie, ou son handicap et sa réputation* »(12)

Soigner c'est « *mettre en œuvre des gestes thérapeutiques ou administrer des traitements dans le but de guérir ou soulager une maladie ou de restaurer des fonctions vitales,*

*relationnelles ou psychiques altérées* »(12) et aussi comprendre de l'intérieur ce qui se passe pour la personne, découvrir et expliquer les mécanismes de ses conduites et de ses réactions. C'est avoir soin de quelqu'un dans l'accueil, l'attention, dans le souci de son bien-être, de la satisfaction de ses besoins.

L'infirmier doit avoir des aptitudes spécifiques pour exercer sa profession au sein du service des urgences. Il doit en particulier :

- Savoir s'adapter à des situations diverses dans un délai très court.
- Avoir une certaine dextérité gestuelle (rapidité, efficacité, méthode et organisation).
- Savoir se maîtriser face aux différentes situations (urgences vitales, agressivité...) dans le but de maintenir ou rétablir un climat de sécurité planifier, organiser des tâches, utiliser les ressources de chacun...).
- Savoir utiliser ses connaissances théoriques, techniques, son expérience personnelle pour prendre des initiatives tout en respectant les limites de ses compétences.

### **7)- Relation soignant-soignée :**

La relation est un « *lien, rapport ou liaison entre deux choses ou deux personnes* »(15).

Relation soignant soigné « *rapport mettant en lien au minimum deux personnes ayant pour raison ou pour objectif, majoritairement des soins*(6). *De toute façon, tout acte, tout geste technique ou de confort s'inscrit dans la relation soignant/soigné* ».

- **La relation dans l'environnement de soin :**

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). Ces éléments apportent une multitude de sources d'informations pour les patients soignés. 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 (6).

- **Interprétation du message :**

L'émotion caractérise cette relation. 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(6).

### 7-1) La relation soignant-soigné aux urgences :

Les professionnels s'accordent sur le point que la relation soignant-soigné n'est fondamentalement pas différente aux urgences que dans les autres services d'hospitalisation

(9). Cependant ; l'anxiété est une problématique majeure aux urgences. Elle touche autant les patients eux-mêmes que leur famille. L'anxiété est souvent une cause d'agressivité. Selon Rosette Poletti ; infirmière suisse ; le rapport à la famille du malade doit répondre à un triple besoin qui est « *l'information : de savoir ce qui peut être fait pour la personne malade, être informé : des conditions dans lesquelles se trouve le patient et savoir : exactement dans quel état se trouve le patient ; l'être avec son malade et pouvoir l'aider, pour être utile à la personne[...], pour être proche ; d'être soulagé de son anxiété afin d'extérioriser ses émotions, d'être accepté ; soutenu , réconforté* » (9).

#### 7-1-1)-la communication : « feed-back »

L'activité de communication occupe la majeure partie du temps professionnel :

téléphoner, renseigner, informer, accueillir, discuter, lire, écrire, transmettre des informations.

« *La communication est le processus qui permet de transmettre un message d'un émetteur vers un récepteur*(22) ». Relation inter- humaine par laquelle des interlocuteurs peuvent se comprendre et se faire comprendre (29).

Toutefois il n'y a pas d'authentique communication sans rétroaction(ou feed-back). Pas de véritable dialogue sans échanges(le récepteur devant émetteur et vice versa)

**Feed-back** : est un instrument important à connaître et à admettre dans toute relation. C'est dans son acceptation, qu'un travail en équipe est seul possible(22).

**Avec le malade** : le feed-back permet de mieux comprendre le malade ; trop souvent, les infirmiers et les médecins croient connaître ce qui est bon ,préférable pour les soignés , mais nous ne sommes cependant pas dans leur peau .Le choix entre l'utilisation d'un régime sans sel et/ou de médicament pour traiter une hypertension artérielle ne doit pas être décidé seulement dans un bureau face à un dossier , mais aussi en discutant avec le malade de ses désirs , de ses possibilités de repas , de son métier par exemple.

Ce feed-back est positif car il permet le meilleur choix, mais surtout la responsabilisation du malade face à un traitement .....qui se fera à vie.

Favoriser l'hospitalisation, voir la guérison : si la relation est bonne avec le malade, il faut tout pour vous faire plaisir, il vous aidera dans les soins, les échanges du lit, aura envie de se confier ; un climat propice à la fonction thérapeutique sera créé ; c'est un Feed-back positif. Si, au contraire, la relation est dégradée, le patient n'hésitera pas à « enquiquiner »



l'infirmière. Cela nuira à l'épanchement nécessaire du malade ; cela nuira à l'effet thérapeutique : c'est un Feed-back négative.

Nous pensons qu'une telle relation Feed-back (positive ou négative) influence le rétablissement d'un malade, sa guérison et sa propre prise en charge (22).

### **7-1-2 )-L'écoute active :**

L'écoute peut se définir comme une attitude qui « *permet d'entendre le patient et sa souffrance éventuelle, c'est-à-dire de percevoir, au-delà de son humanité : ses craintes et ses forces, ses doutes et ses certitudes, ses éléments d'équilibre et de faiblesse* ». L'écoute du patient nécessite d'abord l'écoute de soi-même : le soignant doit savoir avant de commencer une écoute qu'il est capable d'écouter, cela implique aussi une disponibilité psychique et temporelle (8)»

## **8/ Le concept d'agressivité et de la violence**

### **8-1)- Définition :**

#### **8-1-1)- L'agressivité :**

Le comportement d'agression pourrait être défini comme étant tout comportement intentionnel portant atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique d'autrui(28).

Le dictionnaire Larousse définit ce terme comme étant la « *tendance à s'opposer à autrui ou à l'attaquer* »(14).

#### **8-1-2)- la violence :**

L'OMS définit la violence comme étant « *la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal-développement ou des privations* »(9) (25).

### **8-2)- La violence dans le monde :**

Selon le rapport mondial sur la violence et la santé de l'OMS du 30 septembre 2002(9) (25), la violence est un grand problème de santé publique partout dans le monde. Plus de 1.6 million de personnes meurent chaque année des suites d'actes de violence. La violence, responsable de 14% des décès chez les hommes et de 7% des décès chez les femmes ; figure parmi les principales causes de mortalité chez les personnes de 15-44 ans.

### **8-3)- La violence à l'hôpital :**

L'apparition de phénomène de violence à l'hôpital est récente. Le caractère « sacré » de l'hôpital, lieux de soins, d'accueil, d'asile qui lui conférait une place particulière dans la société n'échappe plus à la violence quotidienne(3). A ce titre l'hôpital signe son appartenance à la société et est donc soumis à toutes les transgressions qui peuvent la traverser, ce d'autant plus qu'il est à travers son service d'urgences le seul lieu ouvert en permanence, l'ultime recours de ceux qui ont perdu tout relais social et quelquefois abandonné tout frein à l'expression de leur frustrations ou de leur dérive.

### **8-4)- Exemple de manifestation de la violence :**

- **Agression /attaque** : comportement destiné à nuire physiquement à une autre personne. C'est une action non provoquée, injustifiée, généralement soudaine et brutale, à caractère violent. Les agressions sexuelles (les viols) en font partie.
- **comportement abusif** : comportement qui humilie un être humain ou indique de toute autre manière un manque de respect, de sa dignité ou de sa valeur.
- **Tracasseries/ brimades** : comportement agressif, répétitif et prolongé, qui consiste à tenter de manière vindicative et malintentionnée d'humilier ou d'affaiblir un individu ou un groupe. Ce sont des mesures vexatoires et inutiles, provenant d'une personne qui veut faire sentir son pouvoir, son autorité.
- **Harcèlement** : conduite indésirable et unilatérale qui consiste à tourmenter avec obstination une personne, de la soumettre à des critiques ou moqueries répétées et qui affectent sa dignité.
- **Harcèlement sexuel** : comportement déplacé de nature sexuelle, souvent c'est une pratique consistant à se prévaloir de son autorité pour faire pression sur une personne afin d'obtenir des faveurs de nature sexuelle. Il constitue pour la victime une menace, une humiliation ou gêne.
- **Menace** : promesse du recours à la force physique ou à l'exercice d'un pouvoir dont le but est d'intimider, par lesquels la personne exprime sa volonté de nuire à quelqu'un et manifeste sa colère.

### **8-5)- Mécanisme d'apparition de la violence :**

#### **8-5-1)- Facteurs déclenchant :**

Dans son rapport, l'OMS (2002), informe que « *la violence résulte de l'interaction complexe de facteurs individuels, relationnels, sociaux, culturels et environnementaux* »(25). Il ya une forte possibilité de risque de violence au travail chez certaines catégories de la population ayant les caractéristiques suivantes (9) (19) :

- avoir une enfance difficile en raison de parents inadaptés, de rapports conflictueux avec la famille et d'une scolarité marquée par des échecs scolaires
- avoir un passé de violence
- l'abus de substances nocives : alcool, drogues ...
- souffrir d'une maladie mentale grave non ou mal prise en charge telle la paranoïa, les personnalités psychotiques et parfois la schizophrénie
- la fréquentation de délinquants ou d'amis agressifs
- vivre dans des conditions où les normes ou bien la désintégration culturelle valorisent la violence ou l'usage de la violence pour atteindre des objectifs
- le relâchement des interdits sociaux
- les inégalités économiques et le cadre de vie
- vivre des situations propices à l'exercice de la violence contre soi-même ou contre autrui notamment par l'accès aux armes à feu

Volet pratique

### **Matériels et méthodes :**

#### **1)-présentation du dispositif et des modalités d'enquête :**

Nous réalisons une enquête afin de recueillir des données nous permettant de confirmer l'exactitude de notre travail de recherche mais surtout d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

##### **1-1) Choix et construction de l'outil d'enquête :**

Notre outil d'enquête est un questionnaire adressé aux infirmiers de service des urgences, structuré selon le modèle joint en annexe.

Le questionnaire comporte 15 questions des différents types : questions fermées « 3 » (font appel à une réponse claire et brève et cherchent à obtenir une information ponctuelle, vérification), questions à choix multiples « 11 » (fixent la réflexion sur un terrain déterminé à l'avance et permettent de confirmer et de tester une ou plusieurs hypothèses) et une question ouverte qui offre une liberté de réponse.

Notre questionnaire est classé par ordre en 05 parties :

- profil professionnel : identification de la population interrogée.
- prévalence violence : vérifier l'existence de cette violence aux urgences et en préciser son caractère.
- les facteurs favorisants : déterminer les circonstances et les facteurs favorisants de cette violence.
- conséquences de la violence : déterminer les répercussions de cette violence sur l'infirmier.

##### **1-2) choix du lieu et de la population ciblent :**

Nous ciblons la population infirmières au sein du service des urgences puisqu'elle fait l'objet de notre problématique.

### **2)-Présentation de méthode d'étude :**

Nous avons effectuées une recherche descriptive et qualitative afin d'avoir une description du vécu de la violence par les infirmiers au sein du service des urgences, elle a pour but de déterminer les facteurs qui influencent la survenue de cette violence, d'apprécier ses conséquences sur le soignant et de déterminer et de mettre en place un système de prévention pour mieux gérer et prévenir ce phénomène.

### **Les considérations éthiques :**

Parant du principe que chaque recherche doit se conformer au respect de certains principes d'éthiques, notre travail s'est déroulé dans le strict respect de la disposition relative aux principes, à savoir :

- le respect de la liberté des participations des infirmiers à cette enquête envisagée pour le recueil des informations.
- le respect de l'anonymat et de la confidentialité relative a l'identité des intervenants, lors de la présentation finale des résultats de l'étude.

Pour des mesures de transparence, ces dispositions éthiques furent communiquées préalablement à tout personnes appelée à apportés sa contribution pour la réalisation de la présente étude

**II) résultats et analyse :**

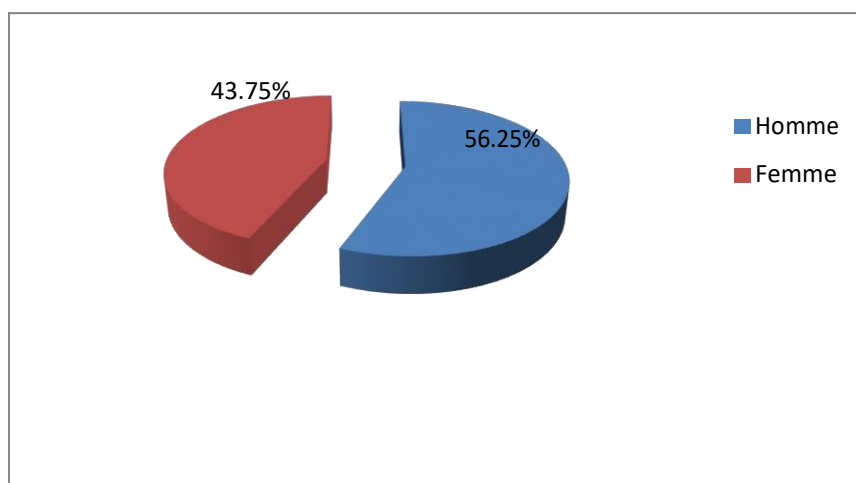
**Profil professionnel :**

Q1 – Quel est votre sexe ?

**Tableau N°01** : répartition de la population d'étude selon le genre

Sexe	Effectif	Taux
Homme	18	56.25%
Femme	14	43.75%
Total	32	100 %

**Répartition de la population d'étude selon le genre**



**Figure 01** : répartition de la population d'étude selon le genre

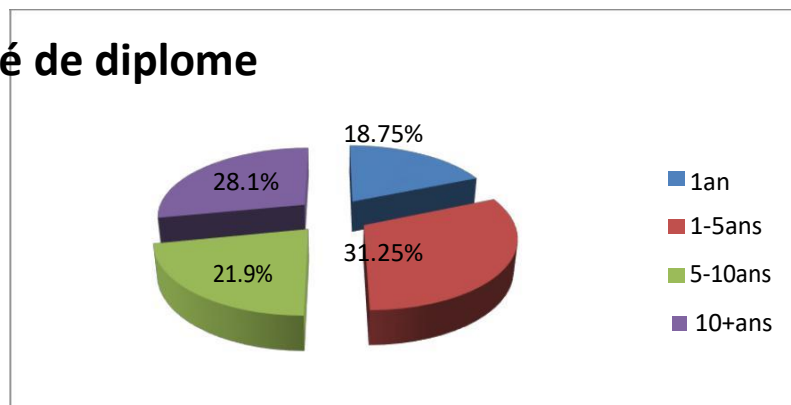
-La population d'étude est à prédominance masculine **56.25%**.

**Q2-Depuis combien de temps être –vous infirmier(e) ?**

**Tableau N°02 :** Ancienneté au poste

Ancienneté de diplôme	Taux	Fréquence
1 an	6	18.75%
1-5 ans	10	31.25%
5-10 ans	7	21.9%
+10 ans	9	28.1%
total	32	100%

**ancienneté de diplome**



**Figure 02 :** ancienneté au poste

-D’après les résultats : **18.75%** des infirmiers interrogés ont une ancienneté au poste de **1an**, **31.25%** ont une ancienneté de 1an à 5ans, **21.9%** ont une ancienneté de **5 à 10** ans et **28.1%** ont une ancienneté plus de **10** ans.

**Q3- Travaillez vous de : jour/nuit ?**

**Tableau N°3 :** horaires de travail:

Réponse	Effectif	fréquence
Jour	15	47%
Nuit	7	22%
Jour+nuit	10	31%
Total	32	100%



### Horaires de travail

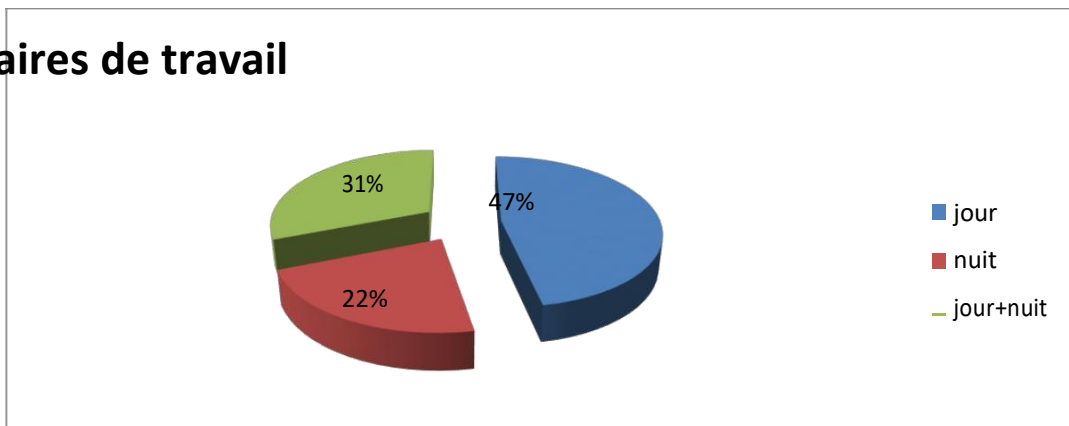


Figure 03 : Horaires de travail

-En trouve : **47%** des enquêtés travaillent le jour, **22%** travaillent la nuit et **31%** travaillent le jour et la nuit.

### Prévalence violence :

Q4- Avez-vous été victime sur votre lieu de travail de violence ?

Tableau N°04 : subitement des enquêtés à la violence

Réponse	Effectif	Fréquence
Oui	31	96.9%
Non	1	3.1%
Total	32	100%

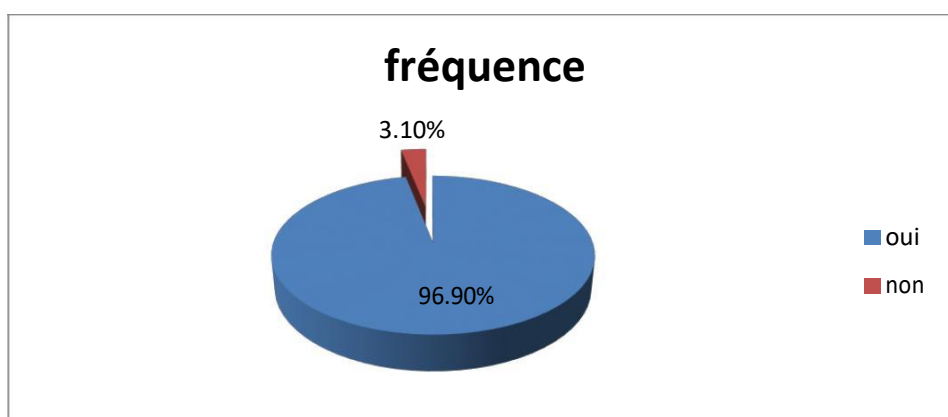


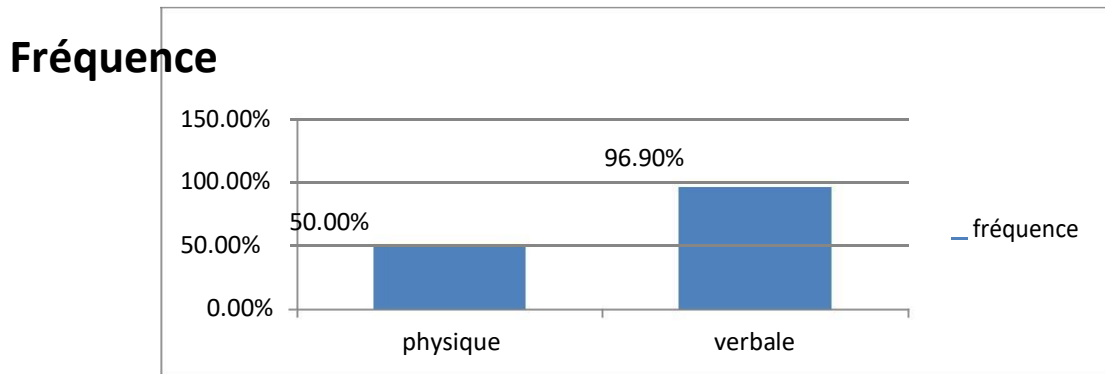
Figure 04 : subitement des enquêtés à la violence

-Le taux des infirmiers affirmant qu'ils ont rencontrés des situations de violences est de **96.9%** et **3.1%** d'entre eux affirment n'ont pas subit des violences.

**Q5-Si oui, à quel type de violence avez-vous été exposés ?**

**Tableau 05** : type de violences subies

Réponse	Effectif	Fréquence
Physique	16	50%
Verbale	31	96.9%



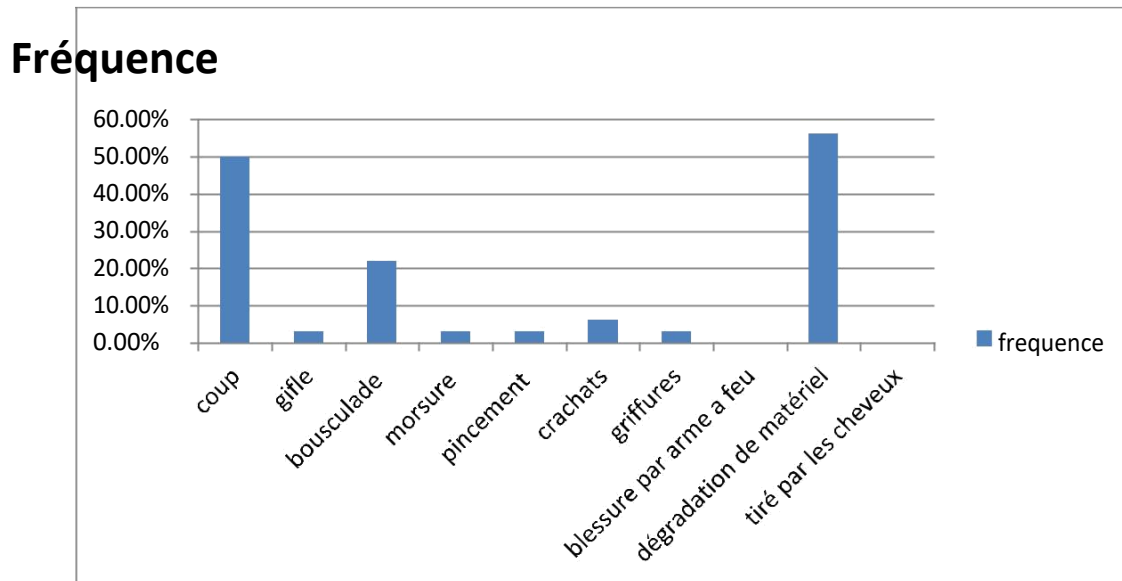
**Figure 05** : type de violences subies

-**96.9%** de la population étudiée ont subi de la violence verbale et physique. **50%** ont subi de la violence physique.

**Q6- Parmi les violences physiques que vous avez subi, s'agissait-il (plusieurs réponses)**

**? Tableau 06** : Nature de la violence physique subie.

Réponse	Effectif	Fréquence
coup	16	50%
gifle	1	3.1%
Bousculade	7	21.9%
Morsure	1	3.1%
Pincement	1	3.1%
Crachats	2	6.25%
Griffures	1	3.1%
Blessure par arme à feu	0	0%
Dégradation de matériel	18	56.25%
Tiré par les cheveux	0	0%



**Figure 06 :** Nature de la violence physique subie

-La violence physique subie consiste surtout en dégradation de matériel **56.25%**, en bousculade **21.9%**.

*Q7- Parmi les violences verbales que vous avez subi, s'agissait-il de : (plusieurs réponses possibles) ?*

**Tableau N°07 :** nature de violence verbale subie

Réponse	Effectif	Fréquence
Impolitesse/injures	23	71.8%
Insulte	20	62.5%
Menace	14	43.8%
Gestes agressifs	6	18.75%
Intimidation	9	28.12%
Harcèlement moral	8	25%
Harcèlement sexuel	1	3.1%
Cris	14	43.8%

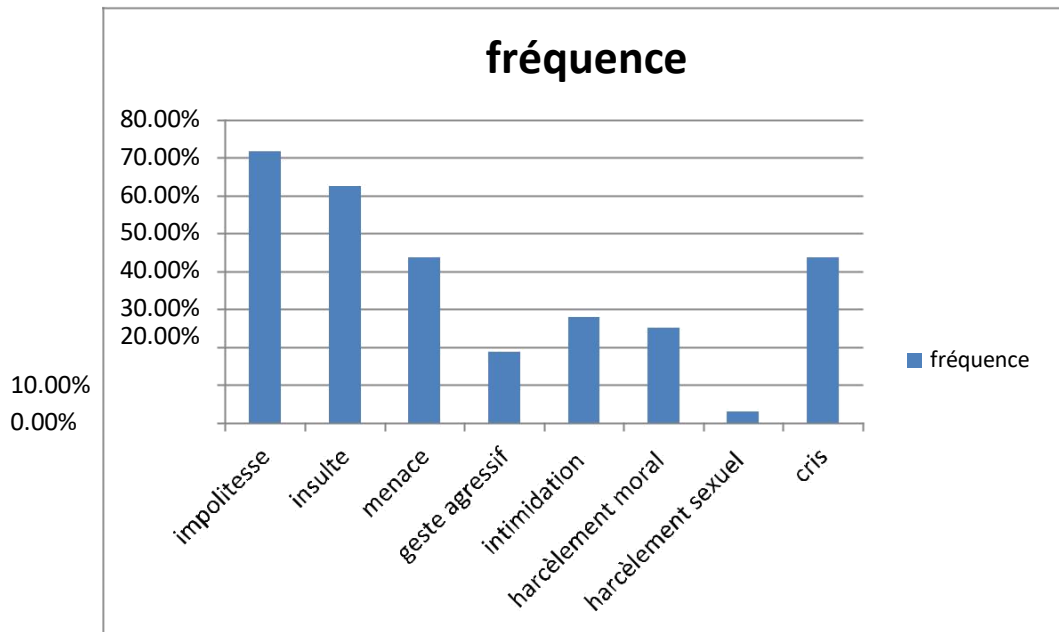


Figure 07 : Nature de la violence verbale subie

-Les enquêtés ont été victimes surtout d'impolitesses ou d'injures **71.8%**, d'insultes **62.5%**, de menaces et de cris **43.8%**.

Q8- A quel moment le nombre d'agression est-il le plus important ?

Tableau N°08 : moment ou le nombre d'agression est le plus important

Réponse	Effectif	Fréquence
Jour	21	65.6%
Après midi	16	50%
Nuit	25	78.1%

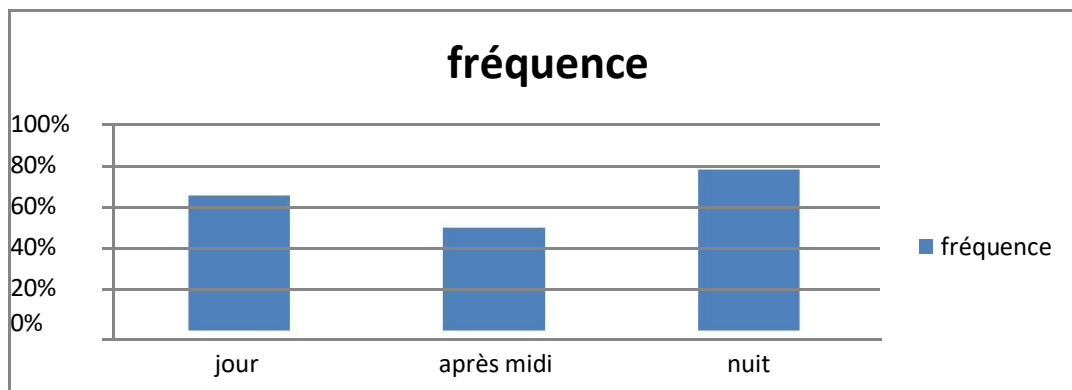


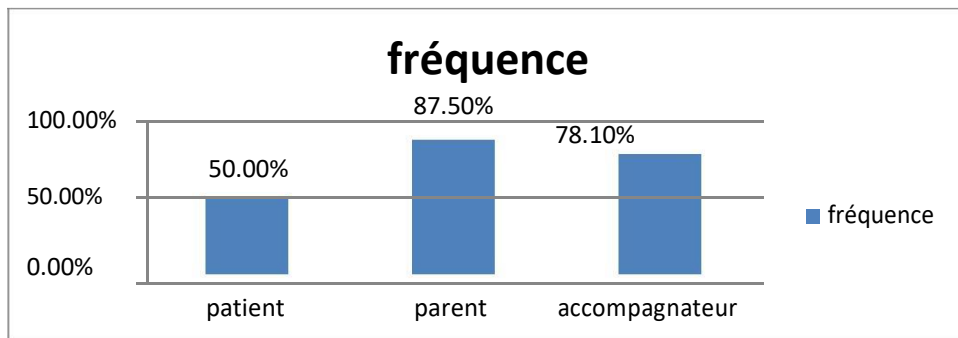
Figure 08 : moment et le nombre d'agression est le plus important

-Le nombre des agressions est plus élevé durant la nuit **78.1%**.

*Q9- L'auteur de cette violence était : (plusieurs réponses possibles) ?*

**Tableau N°09:** l'auteur de la violence

Réponse	Effectif	Fréquence
Patient	16	50%
Parent	28	87.5%
Accompagnateur	25	78.1%



**Figure 09 :** l'auteur de la violence

-L'auteur de la violence était en premier lieu le parent de patient **87.5%** puis l'accompagnant **78.1%**.

*Q10.- Qu'avez-vous fait face à cette violence ? (plusieurs réponses possibles)* **Tableau N°10.** : Réactions immédiates de la victime face à l'agression

Réponse	Effectif	Fréquence
Rien	9	28.1%
énervé	21	65.6%
Appel un collègue	16	50%
Parlé à un supérieur	20	62.5%
Demande à la personne d'arrêter	6	18.75%
fuite	12	37.5%
Sécurité /police	18	56.25%

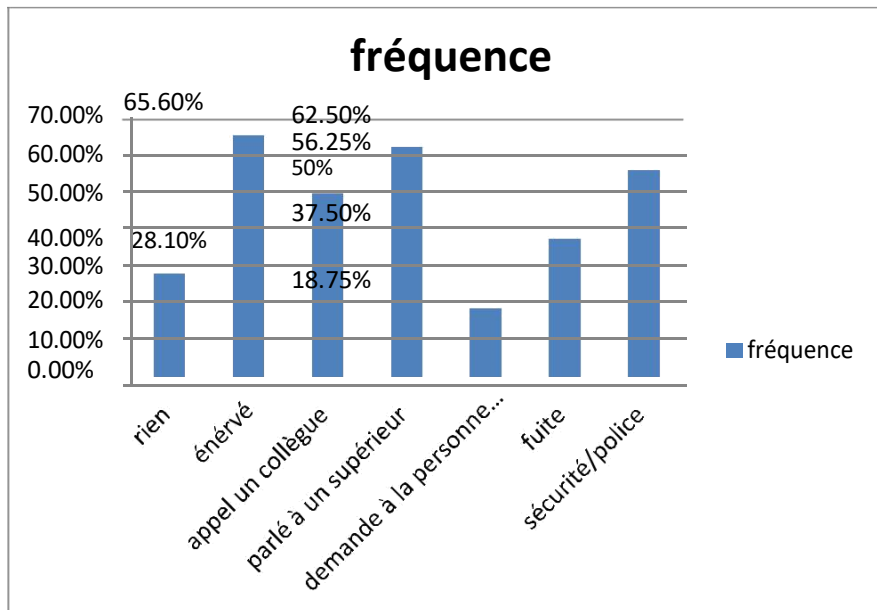


Figure 10 : Réaction immédiate de la victime face à la violence

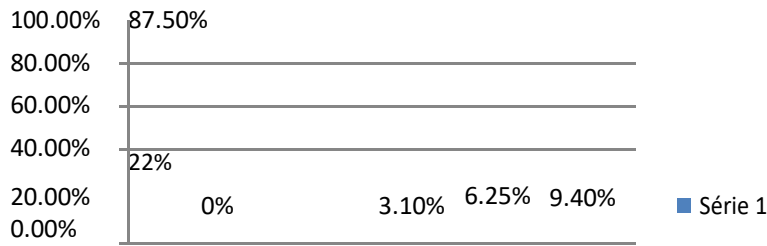
- Le soignant victime de violence s'énerve **65.6%**, parle à son supérieur **62.5%**. Dans **56.25%** des cas elle fait appel à la sécurité de l'hôpital.

*Q11. Par la suite qu'avez-vous fait? (plusieurs réponses possibles)*

Tableau N°11 : Réactions ultérieures de la victime face à la violence

Réponse	Effectif	Fréquence
Rien	28	87.5%
Un rapport	7	22%
Déposer plainte	0	0%
Consulter chez le psychologue	1	3.1%
Consultation en médecine du travail	2	6.25%
Déclarer l'agression comme accident du travail	3	9.4%

Série 1



Q12 Si oui pourquoi ? (plusieurs réponses possibles) A/ Le service

Tableau N°12 : facteurs liés au service

Réponse	Effectif	Fréquence
Moyens matériels insuffisants	30	93.8%
Personnel insuffisant/inadaptés	29	90.6%
Personnel peu qualifié	4	12.5%
Espace/locaux de travail insuffisant/inadaptés	24	75%
Absence de dialogue/échange d'information et manque de communication entre collègues	13	40.62%
Absence de travail en équipe	8	25%
Absence de système d'alarme	13	40.62%
Travail dans un endroit ouvert à la violence	29	90.6%

Fréquence

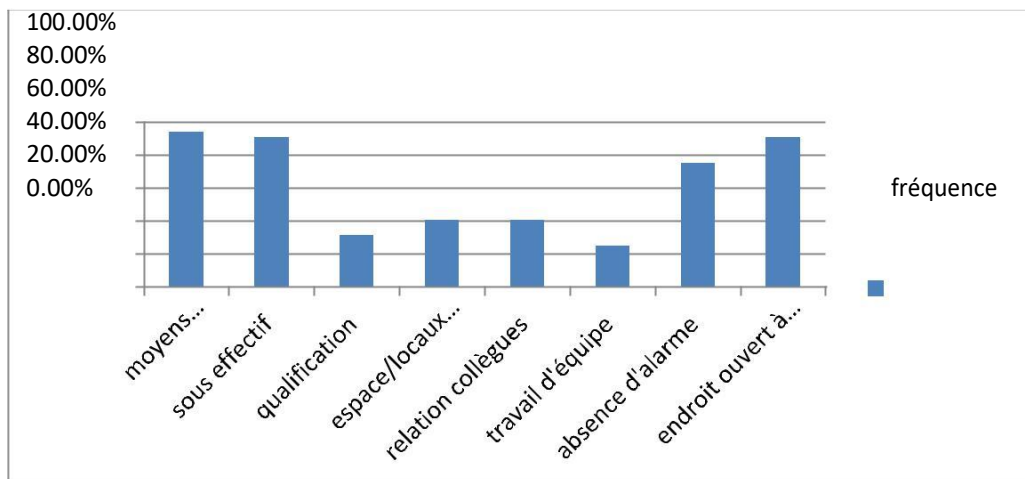


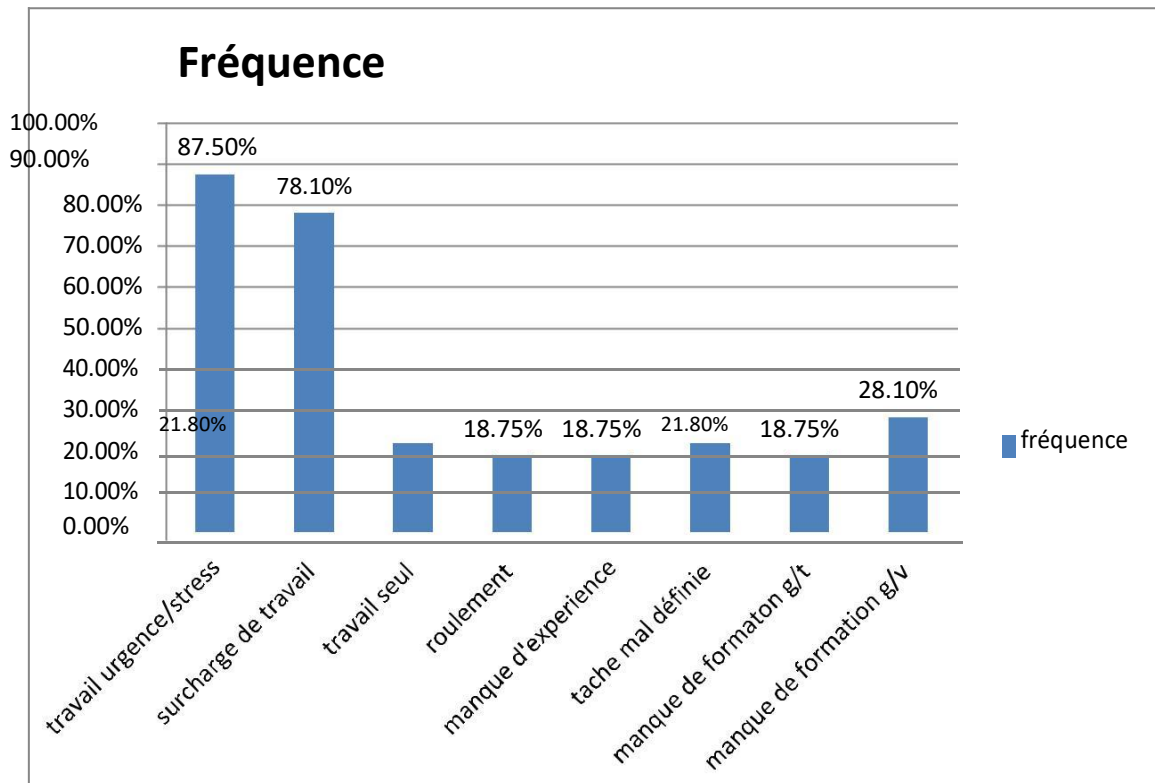
Figure 12: Facteurs liés au service.

- Les facteurs pourvoyeurs de violence en rapport avec le service des urgences sont, l'insuffisance de moyens matériels **93.8%**, le travail dans un endroit ouvert à la violence et le sous effectif **90.6%** et Espace/locaux de travail insuffisant/inadaptés **75%**.

**B/ Le travail**

**Tableau N°13:** facteurs liés au travail

Réponse	Effectif	Fréquence
Travail dans l'urgence/stress	28	87.5%
Surcharge de travail	25	78.1%
Travail seul	7	21.8%
Roulement du personnel mal organisé	6	18.75%
Manque d'expérience	6	18.75%
Tache de chacun mal définie	7	21.8%
Manque de formation sur la tâche à accomplir	6	18.75%
Manque de formation sur la gestion de la violence	9	28.1%



**Figure 13 :** Facteurs liés au travail.

-Les facteurs liés au travail individualisés sont le travail dans l'urgence ou le stress **87.5%** et la surcharge de travail **78.1%**.



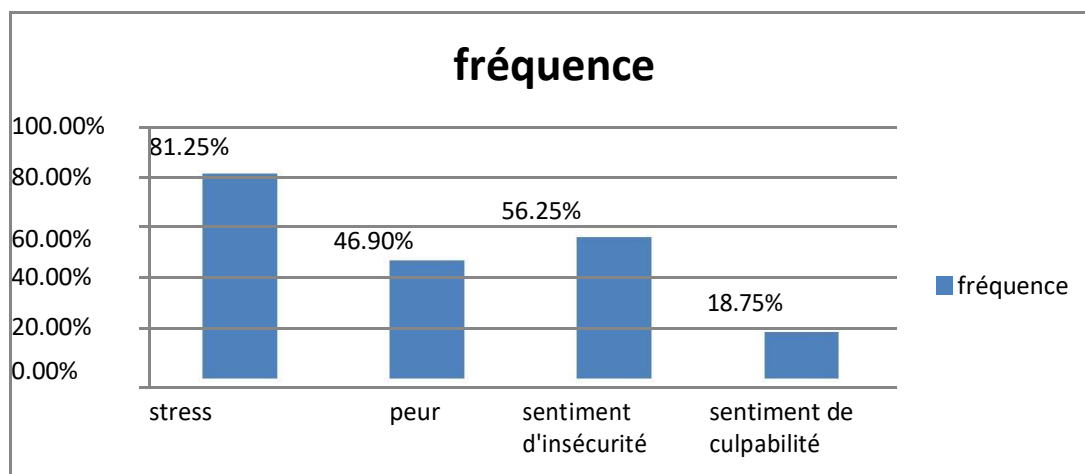
**Conséquences de la violence :**

*Q14- Quelles ont été les conséquences de cet événement sur votre santé ?*

*A/ Immédiates :*

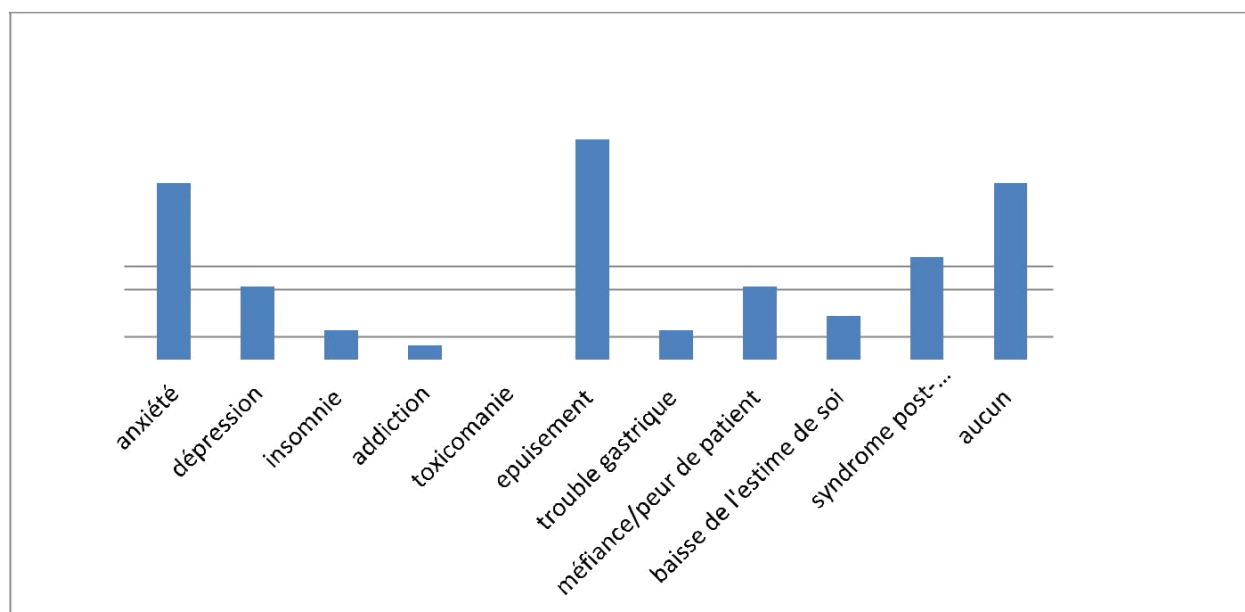
**Tableau N°14:** Conséquences immédiates sur la santé de soignant

Réponse	Effectif	Fréquence
Stress	26	81.25%
Peur	15	46.9%
Sentiment d'insécurité	18	56.25%
Sentiment de culpabilité	6	18.75%



**Figure 14:** conséquences immédiates de la violence sur la santé de soignant

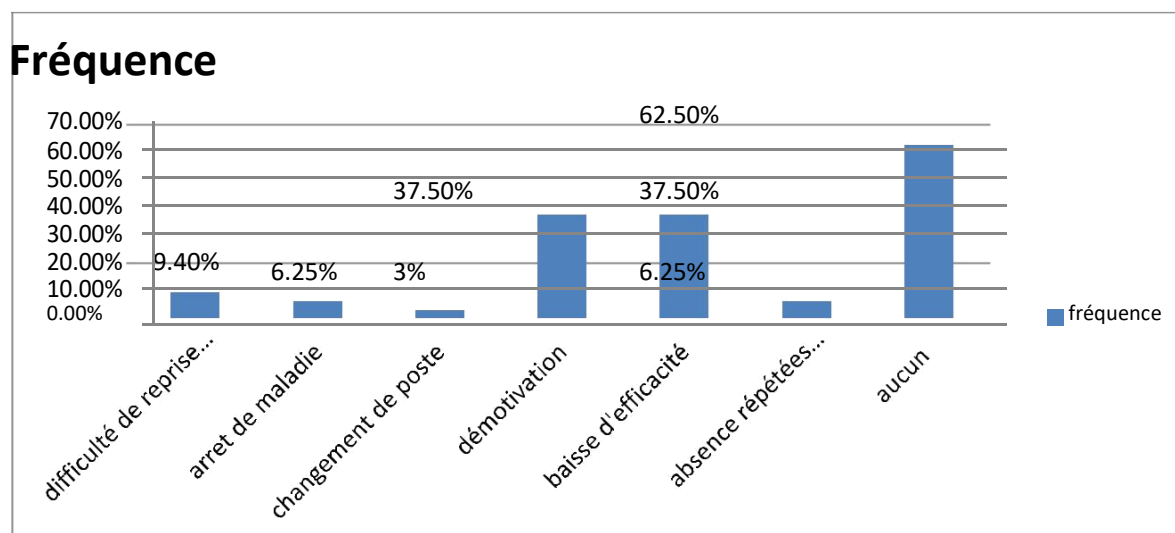
-Les conséquences immédiates les plus fréquentes de la violence sur la santé de victime sont le stress **81.25%**, sentiment d'insécurité **56.25%**, peur **46.9%**.



*Q15- Quelles ont été les conséquences sur votre travail ? (plusieurs réponses possibles)*

**Tableau N°15 :** conséquence sur le poste de travail

Réponse	Effectif	Fréquence
Difficulté de reprise au même poste	3	9.4%
Arrêt de maladie	2	6.25%
Changement de poste	1	3.1%
Démotivation	12	37.5%
Baisse d'efficacité	12	37.5%
Absences répétées au travail	2	6.25%
Aucun	20	62.5%



**Figure 15** : conséquences sur le travail de soignant

-Dans **62.5%** des cas la violence n'a aucun effet sur le travail, démotivation et Baisse d'efficacité **37.5%** des cas.

### Analyses globales des résultats :

#### La population d'étude :

L'enquête a concerné le personnel infirmier au sein de service des urgences du EPH de Mostaganem qui à été sur un effectif de **19** Infirmiers. Cette population est à **56.25%** masculine, Une grande partie des soignants interrogés ont une ancienneté au poste de 1an à 5ans. **47%** des enquêtés travaillent le jour, **22%** travaillent la nuit et **31%** travaillent le jour et la nuit.

#### Prévalence de la violence :

D'après les résultats obtenus, la majorité des enquêtés ont été victime de la violence **96.9%**, la prévalence de la violence verbale est plus fréquente que celle de la violence physique, La violence physique subie consiste surtout en dégradation de matériel **56.25%** et en coups **50%** et la violence verbale consiste surtout d'impolitesses ou d'injures **71.8%**, d'insultes **62.5%**, de menaces et de cris **43.8%**. Le nombre des agressions est plus élevé durant la nuit **78.1%**.

L'auteur de la violence était en premier lieu le parent de patient **87.5%** puis l'accompagnateur **78.1%**. L'agresseur était dans la plupart des cas un homme **90.6%**. Les femmes sont cependant également impliquées dans **62.5%** des cas, et ce sont principalement les personnes jeunes qui sont à l'origine de l'agression **68.75%** puis les personnes d'âge mûr **56.25%**.

### **Circonstance de survenu de la violence :**

Tous les enquêtés pensent que l'organisation de leur travail au sein des urgences favorise la survenue de la violence.

L'analyse relève que les facteurs de violence en rapport avec l'organisation sont :

L'insuffisance de moyens matériels **93.8%**, le travail dans un endroit ouvert à la violence et le sous effectif **90.6%** et ensuite espace/locaux de travail insuffisant/inadaptés **75%**, le travail dans l'urgence ou le stress **87.5%** et la surcharge de travail **78.1%**. Le temps d'attente long **84.4%**, mécontentement des patients/famille et accompagnateurs **78.1%**. Mauvaise conditions d'accueil des patients et manque de communication (soignant/patient/famille) **50%**.

### **Conséquences sur la santé de soignant :**

Cette étude démontre plusieurs conséquences sur la santé du soignant. Les conséquences immédiates les plus fréquentes de la victime de violence sont le stress **81.25%**, sentiment d'insécurité **56.25%**. L'épuisement est la manifestation tardive la plus citée **46.9%**. Puis l'anxiété **37.5%**.

### **Conséquences sur le travail :**

Dans **62.5%** des cas la violence n'a aucun effet sur le travail, démotivation et baisse d'efficacité dans **37.5%** des cas.

### **Mesures préventives :**

78.1% des enquêtés trouvent que le phénomène de la violence n'est pas suffisamment pris en considération par l'administration.

71.9% des enquêtés pensent qu'une prise en charge médico-psychologique est nécessaire après un événement de violence.

Plusieurs mesures et action citées par les enquêtés afin de prévenir la violence :

En premier lieu : augmenter l'effectif de personnel et équipé le service en moyens matériels nécessaire **68.75%**. Renforcer la sécurité, organisation d'accueil et l'orientation des malades **53.1%**. Meilleure prise en charge des patients et réaménagement des locaux de travail **50%**.

### Discussion :

Afin de comprendre au mieux la problématique de la violence dans le service d'urgence il est pertinent, tout d'abord, de voir quels sont les facteurs spécifiques dans ce service qui pourraient faciliter la survenue de violence venant des patients et accompagnants à l'encontre du personnel infirmier

A la fin de notre enquête, et après l'analyse des différentes questions, nous avons conclu aux résultats suivants :

- Tous les enquêtés pensent que l'organisation de leur travail au sein des urgences favorise la survenue de la violence.
- Les facteurs pourvoyeurs de violence en rapport avec le service des urgences sont : l'insuffisance de moyens matériels **93.8%**, le travail dans un endroit ouvert à la violence le sous effectif **90.6%** et ensuite espace/locaux de travail insuffisant/inadaptés **75%**
- Les facteurs liés au travail individualisés sont : le travail dans l'urgence ou le stress **87.5%** et la surcharge de travail **78.1%**
- Et les principales causes d'agressions liés au public sont : Le temps d'attente long **84.4%**, mécontentement des patients/famille et accompagnateurs **78.1%**. Mauvaise conditions d'accueil des patients et manque de communication (soignant/patient/famille) **50%**.

Ce qui confirme notre hypothèse « **L'organisation du service et les conditions de travail semble être la cause de la survenue de la violence à l'encontre des infirmiers au sein du service des urgences** ».

### Suggestion :

Ce travail a permis d'estimer la prévalence de la violence des patients à l'égard des soignants, d'identifier les facteurs favorisant et les circonstances de survenue de cette violence, d'apprécier les contraintes organisationnelles et psychosociales susceptibles de la favoriser ainsi que les principales attentes des infirmiers en terme de prise en charge et d'amélioration de leur situation

Dans le but de « prévenir » et mieux gérer la violence au sein du service des urgences nous avons proposé les suggestions suivantes :

#### **1)- Réorganisation de service des urgences et amélioration des conditions du travail :**

plus de ressources humaines et matérielles sont indispensables.

- Un **personnel qualifié** pour un **accueil de qualité** : L'accueil est un soin à part entière qui a tout son importance, le personnel d'accueil devrait être formé à recevoir, à écouter, à expliquer et à orienter convenablement et aimablement les usagers de l'hôpital.
- Assurer un **effectif suffisant et qualifié** pour les tâches à accomplir surtout durant les périodes de pointe.
- Préciser clairement les tâches de chacun, en établissant des fiches de poste.
- Etablir un projet de soins cohérent avec une **équipe soudée** favorisant la communication entre collègues et la transmission des informations entre les équipes ;
- Doter les services de moyens suffisants pour assurer leur activité ;
- Assurer **une bonne circulation de l'information** et un système transparent de communication avec les patients, leur famille et les accompagnants
- Un effort financier permettrait **d'agréments les locaux** pour un accueil plus chaleureux, confortable et sécuritaire possible, et cela permettrait également de « mieux soigner les patients ».
- « Des panneaux, affichages et DVD » en salle d'attente expliquant le mode de fonctionnement du service, le déroulement de tri et la prise en charge.
- **Assurer la sécurité** du personnel en augmentant l'effectif des agents de sécurité ou en renforçant la présence de la police à l'hôpital notamment à l'entrée de l'hôpital.
- Installer des **caméras de surveillance** dans les zones potentiellement dangereuses

### **2)- Formation du personnel infirmier à la gestion de la violence et aux techniques de désamorçage :**

Il faut absolument mettre en place des programmes de formation en gestion et prévention de la violence car une partie du personnel des urgences n'a pas été formé pendant sa carrière. Il faut aussi un programme de formation continue afin de maintenir les connaissances à jour, de s'exercer à la gestion de situation violente et aux réponses adaptés (entraînement à l'évaluation des risques, auto-défense, techniques de désamorçage, d'affirmation de soi, de gestion du stress et de la colère).

La formation doit commencer dans les centres de formation des futurs infirmiers mais doit absolument se poursuivre par la suite suivant les services où les infirmiers vont travailler.

Ces différentes formations pourront aussi apporter aux infirmiers des techniques en lien avec la notion de coping afin de mieux gérer ces situations à risque et à surmonter ces incidents. Mais une formation doit aussi offrir des moyens permettant d'évaluer le niveau d'agressivité d'une personne.

Fournir des fiches techniques informant le personnel infirmier des différentes étapes dans la montée de l'agressivité et indiquent quel comportement est en relation avec quel niveau d'agressivité et quelles actions peuvent ou doivent être entreprises.

### **3)- Non acceptation de la violence :**

La violence dans les services d'urgences a de lourdes conséquences sur le personnel infirmier. Que ce soit de la violence physique ou verbale, les conséquences sont réels tant au niveau physique que sur le plan émotionnel. «La violence n'est pas toujours frappante, mais fait toujours mal »

Avoir un environnement de travail sécuritaire est un droit pour le personnel des urgences et une obligation pour les administrations des hôpitaux.

Les services d'urgences doivent donner un message clair vis-à-vis de la violence. Pour cela il faut une politique intra-hospitalière sur la violence. Si la politique est définie, l'information pourra alors être affichée de manière visible est transmise aux différentes personnes passant par le service des urgences. Un message fort doit être donné, la violence n'est pas acceptée ni tolérée que ce soit dans le service des urgences ou dans le reste de l'hôpital.

Mettre en place un service de support légal pour les infirmiers victimes de violence. Le fait d'entamer des procédures judiciaires face aux actes de violence (même ceux considérés comme « bénin » telles que des insultes ou de la violence verbale en générale) serait un message concret que la violence aussi infime soit-elle n'est pas tolérée dans un service d'urgence.

Le simple fait de **ne plus considérer la violence comme étant normale** est déjà un très grand pas de fait. Ne plus considérer la violence comme partie intégrante du travail aux urgences **permet d'avoir la volonté d'agir** et d'effectuer les changements nécessaires dans les structures actuelles des services d'urgences ou au niveau de la formation offerte aux différents membres de ce service.

#### **4)- Favoriser le rapport des incidents de violence :**

Actuellement nous savons que le phénomène de violence dans les services d'urgences est une réalité. Mais le simple fait de le savoir ne suffit pas il faut des chiffres et des faits avérés pour rendre visible le niveau de violence dans ces services auprès des administrations et du public. Afin d'avoir une vision réelle de la violence dans les services d'urgences, il existe un moyen efficace qui est le rapport de chaque acte de violence à l'encontre des infirmiers. Ce travail doit se faire par le personnel infirmier). Si ce rapport n'est pas fait efficacement, les données qui sont obtenues sont donc faussées et le phénomène de violence minimisé. Si l'ampleur de ce phénomène n'est pas visible, il n'y a pas de raison de mettre en œuvre des actions pour le diminuer. Il faut expliquer le bénéfice du rapport aux infirmiers mais aussi aux administrations.

Faire un effort pour rapporter chaque acte de violence, aussi bénin soit-il, auprès des administrations hospitalières pour permettre :

D'avoir une vision précise du phénomène de violence dans les services d'urgences ;

De rendre visible ce phénomène ;

De faire des études plus efficaces avec des chiffres précis sur ce phénomène.

La création, dans les différents services d'urgences, de structure permettant le contrôle du rapport des actes de violence serait bénéfique.

Le fait que le nombre de rapport d'incidents violents est trop peu élevé a probablement empêché la mise en place de stratégies qui auraient permis d'éliminer ou du moins de diminuer la violence sur le lieu de travail. Le rapport est primordial. Il pourrait aussi permettre de répertorier quels patients risquent de devenir violent.



### **5)- 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, vouvoiement.
- 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 cognitives 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 ... », « Ce n'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 concentrant 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.**

### **12. APRES UNE AGRESSION :**

- Prendre le temps d'en parler
- Evaluer la situation, l'adéquation des attitudes et des réactions adoptées
- Réévaluer régulièrement en équipe les procédures et leur faisabilité
- Si vous avez été blessé(e) :
  - Toujours compléter un formulaire de déclaration d'accident
  - Si vous le désirez, porter plainte auprès de la police à titre individuel
  - Dans ce cas, renseigner le numéro du PV pour la déclaration d'accident

### Conclusion

L'étude menée sur un essai de déterminer et d'identifier les différents facteurs intervenant dans la problématique de la violence à l'encontre des infirmiers dans le service d'urgences a montré que :

Presque tous les infirmiers<sup>1</sup> du service d'urgences ont été confrontés à un incident de violence qui se traduit surtout sous forme de violence verbale et l'agresseur potentiel qui est le plus souvent, un jeune homme, parent ou accompagnateur de patient.

La structure et l'organisation du service des urgences influencent l'émergence de cette violence avec plusieurs facteurs individualisés comme l'insuffisance de moyens matériels, le travail dans un endroit ouvert à la violence, le sous effectif et ensuite espace/locaux de travail insuffisant/inadaptés, le travail dans l'urgence ou le stress et la surcharge de travail.

D'autres facteurs qui contribuent à l'expression de l'agressivité comme le temps d'attente long, mécontentement des patients/famille et accompagnateurs. Mauvaise conditions d'accueil des patients et manque de communication (soignant/patient/famille).

La violence à l'encontre des infirmiers des services d'urgences a de lourdes conséquences sur leurs santé, telles qu'une augmentation du stress au travail, de l'anxiété, la dépression et d'épuisement et des conséquences sur leurs travail telles qu'une baisse d'efficacité et la démotivation.

Si la mission première d'une structure hospitalière reste la prise en charge du patient dans toute sa dimension humaine, cette dernière ne peut être atteinte avec un personnel soumis à des contraintes organisationnelles et psychosociales qui l'épuisent et le démotivent. C'est pour cela que la violence quelle que soit son apparence dans la société actuelle ne doit pas être acceptée comme une fatalité et ne doit pas être tolérée à l'hôpital.

Par ailleurs, les résultats de cette étude sont inquiétants pour inciter à poursuivre les investigations sur terrain et pour susciter la mise en place d'une stratégie de prévention et de prise en charge de la violence au sein de service des urgences tels que :

- Réorganisation du service et amélioration des conditions du travail
- formation de personnel infirmier à la gestion de la violence

## Bibliographie

- (1) association nationale des étudiants en médecine en France. Guide des urgences médico-chirurgicales.12p (PDF) disponible sur : [www.anemf.org](http://www.anemf.org)
- (2) BERAGUEN.J(2016).relation soignant-soigné et pédophilie. Mémoire de fin d'études : UE 5.6 S6 Compétences 7 et 8 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles. Avignon : Etablissement Régional de formation des professions Paramédicales d'Avignon et du pays de Vaucluse, 14 p Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-jade-beraguen.pdf>
- (3) Boukourti, Ch (2016). violence exogène à l'hôpital et effets sur le personnel de santé. Thèse de doctorat : science médicales. Alger : Université d'Alger 1 Benyoucef Benkheda 64, 67,68. 25.51.52 P
- (4) Bureau International du Travail, Conseil International des Infirmières, Organisation Mondiale de la Santé, l'International des Services Publics : Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé. BIT/CII/OMS/ISP 2002. [www.ilo.org](http://www.ilo.org)
- (5) Claude, C (2009). Chronique d'une violence ordinaire aux urgences : Infirmiers et infirmières êtes-vous prêts à y faire face? mémoire de fin d'études. Haut Ecole de Santé, Fribourg, 12.13, 40. P disponible sur : [https://doc.rero.ch/record/22297/files/Chronique\\_d\\_une\\_violence\\_ordinaire\\_aux\\_urgences\\_Infirmiers\\_et\\_infirmieres\\_etes-vous\\_prts\\_y\\_faire\\_face\\_Cachin\\_C\\_09.pdf](https://doc.rero.ch/record/22297/files/Chronique_d_une_violence_ordinaire_aux_urgences_Infirmiers_et_infirmieres_etes-vous_prts_y_faire_face_Cachin_C_09.pdf)
- (6) CALMES, S (2007). Les urgences : un lieu de stress et de soins .Mémoire de fin d'études: soins infirmiers, Metz-Thionville : IFS, C.H.R. Metz-Thionville Groupement des hôpitaux de Metz, 15. 3.7.14 p Disponible sur : <http://docnum.univ-lorraine.fr/public/UPV-M/DiplomeEtat/Puericultrices/Calmes.Sophie.MZ0701.pdf>
- (7) Conseil International des Infirmières : Contre les agressions ou les violences à l'encontre du personnel infirmier. Objectif soins, n°21, mars 1994.
- (8) COUPEAU.A(2014). la violence et sa répercussion sur la relation soignant/soigné, UE5.6S6 compétences 7et 8, mémoire fin d'études, Mans : Centre hospitalier du Mans 16 P Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-audrey-coupeau.pdf>
- (9) COURREGES.C, PASTORINO.S et VILLENEUVE.M, la violence aux urgences : une fatalité ?, mémoire fin d'études, IFSI, centre Hospitalier de Cannes.2003.20, 31 P <https://www.infirmiers.com/pdf/memoiremarie2.pdf>

- (10) Dejours , C (2007). Conjurer la violence. Travail, violence et santé. Editions Payot et Rivages, Paris, 316 p.
- (11) DELAMOUR, M ; MARCELLI, D, (2010). « *La parole aux urgences : le temps de s'entendre* » .*Perspectives Psy*, vol. 49. Éditeur : EDK, EDP Sciences n°1, p. 62. ISSN : 0031-6032[En ligne] Disponible sur :  
<http://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2010-1-page-61.htm>
- (12) Dictionnaire *Larousse*. France : Éditions Larousse.
- (13) Dictionnaire *Larousse Médical*. « Agressivité ». France : Éditions Larousse. 2006, p. 27. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/27#t11018>
- (14) Dictionnaire le petit robert
- (15) Giorgio M-T. : Prévenir la violence chez les soignants l'hôpital. La santé au travail. Atou santé.com 2015, 6p
- (18) GIRAUDON, C (2013). l'infirmier d'Accueil et d'Orientation Face aux violences récurrentes des urgences, projet de fin d'études, IFSI Croix Rouge de TOURS, 15 p Disponible sur :  
<https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-camille-giraudon.pdf>
- (19) INRS : Agression et violence externe au travail. Dossier 2011.www.inrs.fr
- (20) Institut UPSA de la Douleur. « *Définition de l'urgence* ». France. [En ligne] [Consulté le 04/04/2014] Disponible sur : [http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id223/Definition\\_de\\_l\\_urgence.igwsc](http://www.institut-upsa-douleur.org/fr-FR/id223/Definition_de_l_urgence.igwsc)
- (21) Lebaratoux, C(2013). L'urgence d'accompagner, projet de fin d'études, DSAA option designe de produit Disponible sur: [www.lafabriquedelhospitalite.org/\\_data/1337/f\\_51e65ff189555.pdf](http://www.lafabriquedelhospitalite.org/_data/1337/f_51e65ff189555.pdf)
- (22) MARC, B ; MIROUX, P ; BENVENISTE.R(2008). guide infirmier des urgences. Elsevier Masson, n°2, Cedex. 9.10 p
- (23) Opheli, P (2014). souffrance des soignants et violence des patients, mémoire de fin d'études,
- (25) Organisation Mondiale de la Santé. – *Rapport Mondial sur la Violence et la Santé*. – Genève, Octobre 2002, 5.6.16 p. –  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/fr/full\\_fr.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf)
- (26) Ould-Kada.M (2010), recueil des textes réglementaires relatifs à la gestion des établissements de santé. PDF. 489 p

- (27) [paxchristiwb.be/files/files/quest-ce-que-la-violence.pdf](http://paxchristiwb.be/files/files/quest-ce-que-la-violence.pdf) Qu'est-ce que la violence - Pax Christi Wallonie-Bruxelles
- (28) [psychiatrieinfirmiere.free.fr](http://psychiatrieinfirmiere.free.fr)
- (29) ROCHE, L.(2011). L'impact de la relation soignant - soigné lors de l'accueil d'une personne anxieuse en préopératoire. Mémoire de fin d'études : soins infirmiers, Léon, IFSI, 12p  
Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-lydie-roche.pdf>
- (30) Société française de médecine d'urgence. Compétence des infirmiers en médecine d'urgence.
- (31) Société Française de Médecine d'Urgence. SFMU, Le triage en structures des urgence.2013.
- (32) Société Francophone de Médecine d'Urgence. SFMU). *Charte de Médecine d'Urgence*.  
[format PDF] Septembre 2003, 3p. Disponible sur :  
[http://www.sfmou.org/documents/kiosque/charte\\_sfmou.pdf](http://www.sfmou.org/documents/kiosque/charte_sfmou.pdf)
- (33) TIGNY.G (2014). Les Urgences, de la situation de crise à la violence.UE5.S6.analyse de la qualité et traitement des données scientifique et professionnelles. mémoire fin d'études. IFSI Raymond Poincaré. paris.12, 17.21.28.29.32 p (PDF) Disponible sur :  
<https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-geoffroy-fretigny-danielou.pdf> FR2
- (34) VASSY, Carine. « *L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire* ». *Mouvements*, n°32.Éditeur : La Découverte. Mars-Avril 2004, n°2, p. 68. ISBN : 2-7071-4271-9. DOI : 10.3917/mouv.032.0067[En ligne] Disponible sur :  
<http://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-67.htm>
- (35) VIDAL, J (2012). infirmiers aux urgences : « d'ouvriers du soin » à « professionnels de l'umain », UE5.6.Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles. Mémoire fin d'études. IFSI du CHU de Nice. 16p  
<https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-julie-vidal.pdf>

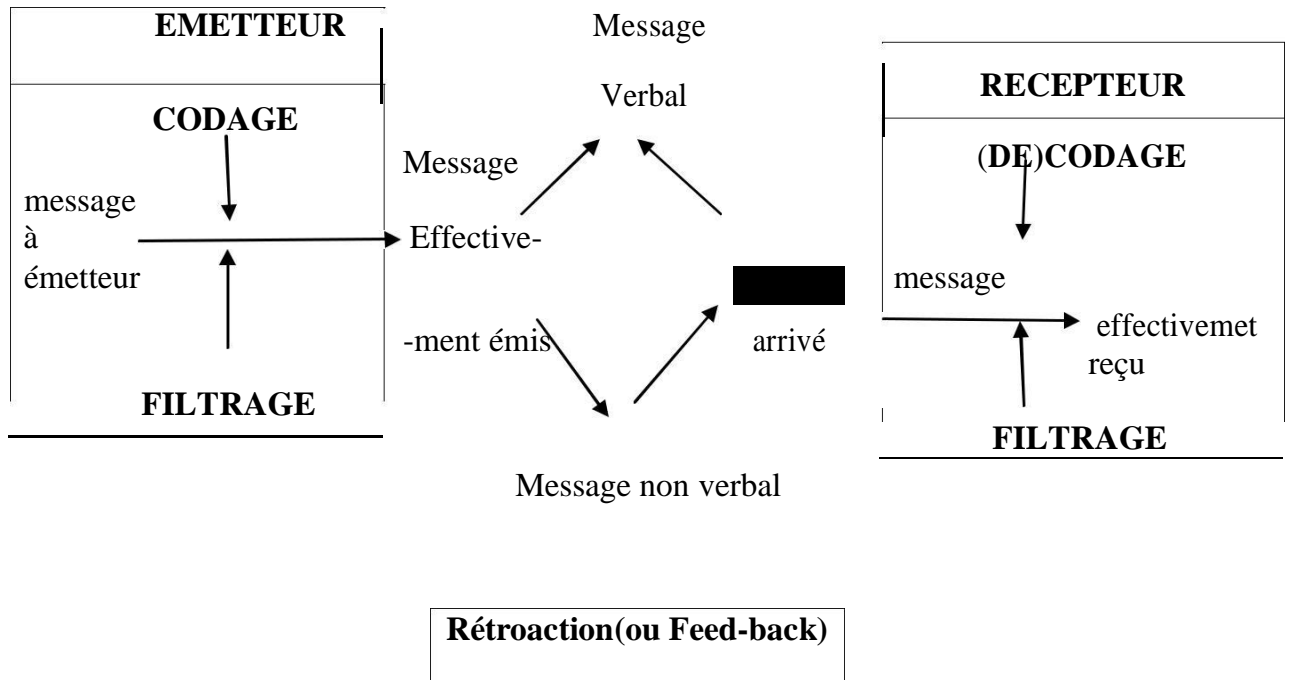
---

## ANNEXE I

### Les 14 besoins fondamentaux, selon Virginia Henderson

1. **Le besoin de respirer** : nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.
2. **Le besoin de boire et de manger** : nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.
3. **Le besoin d'éliminer** : nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.
4. **Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position** : nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes bio-physiologiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental.
5. **Le besoin de dormir et de se reposer** : nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.
6. **Le besoin de se vêtir et de se dévêtir** : nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.
7. **Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normal** : nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, maintenir les systèmes biophysologiques et maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.
8. **Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments** : nécessité pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien être.
9. **Le besoin d'éviter les dangers** : nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.
10. **Le besoin de communiquer** : nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.
11. **Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances** : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réappropriier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.
12. **Le besoin de s'occuper et de se réaliser** : nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.
13. **Le besoin de se récréer** : nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir  
L'animation du corps et de l'esprit.
14. **Le besoin d'apprendre** : nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.

ANNEXE I I





## ANNEXE III

**Ce questionnaire est adressé aux infirmiers du service d'urgence**

**Nous sommes des étudiants en master 2 «sciences infirmières» Dans le but de réaliser notre recherche de fin d'étude sur « la violence aux urgences », nous vous demandons de bien vouloir nous accorder un peu de votre temps pour répondre à ce questionnaire.**

**PROFIL PROFESSIONNEL :**

1) Quel est votre sexe : homme  femme

2) Depuis combien de temps êtes-vous infirmier(e) ?

1 an  1-5 ans   
5-10 ans  +10 ans

3) Depuis combien de temps exercez-vous dans le service des Urgences ?

1 an  1-5 ans   
5-10 ans  +10 ans

4) Travaillez vous de : jour  nuit

**Prévalence violence :**

5) Avez-vous été victime sur votre lieu de travail de violence ?

Oui  non

Si oui, à quel type de violence avez-vous été exposés ?

Physique  Verbale  les deux

6) Parmi les violences physiques que vous avez subi, s'agissait-il de : (plusieurs réponses possibles)

Coup  Gifle  Bousculade  Morsure   
Pincement  Crachats  Griffures  Blessure par arme à feu   
Dégradation de matériel  Tiré par les cheveux

7) Parmi les violences verbales que vous avez subi, s'agissait-il de : (plusieurs réponses possibles)

D'impolitesses/d'injures  D'insultes  Menaces   
 Gestes agressifs  D'intimidations  De harcèlement moral   
 De harcèlement sexuel  De cris   
 Autres (précisez .....)

**8) A quel moment le nombre d'agression est-il le plus important ?**

Le matin  L'après-midi  La nuit

**9) L'auteur de cette violence était : (plusieurs réponses possibles)**

Le Patient  Un parent de patient  Un accompagnateur

**10) Cet agresseur était (plusieurs réponses possibles)**

Une femme  Un homme  Un (e) jeune   
 Un (e) adolescent (e)  Une personne d'âge mûr   
 Un vieux/une vieille  Un (e) enfant

**11) Qu'avez-vous fait face à cette violence ? (plusieurs réponses possibles)**

Rien  Je me suis énervé (e)  j'ai demandé à la personne d'arrêter   
 J'ai appelé un collègue  je me suis enfuit   
 J'en ai parlé à mon supérieur  sécurité/police   
 Autres (précisez .....)

**12) Par la suite qu'avez-vous fait? (plusieurs réponses possibles)**

Un rapport écrit à la hiérarchie  Déposer plainte   
 Consulter chez le psychologue  Consulter en médecine du travail   
 Déclarer l'agression comme accident du travail  Rien   
 Autre (précisez.....)

**Facteurs favorisants :**

**13) Pensez-vous que l'organisation de votre travail favorise la survenue de la violence?**

Oui  Non

**Si oui pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)**

**a/ Le service**

Moyens matériels insuffisants  Personnel en nombre insuffisant ou inadaptés   
 Personnel peu qualifié   
 Espace et locaux de travail insuffisant ou inadaptés

Absence de dialogue, d'échange d'informations et manque de communication entre collègues

Absence de travail d'équipe  Absence de système d'alarme

Travail dans un endroit ouvert à la violence

Autres (précisez.....)

**b/ Le travail**

Travail dans l'urgence ou dans le stress  Surcharge de travail

Roulement du personnel mal organisé  travail seul

Manque d'expérience  Tâche de chacun mal définie

Manque de formation sur la tâche à accomplir. Manque

de formation sur la gestion de la violence

Autres (précisez.....)

**c/Principales situations d'agression**

La peur pour sa vie ou celle de son parent, accompagnant...

Temps d'attente long  Mécontentement du patient/ famille/ accompagnateurs

Mauvaise prise en charge des malades

Travail avec personnes en détresse (maladie psychiatrique, toxicomanes, alcooliques, TS, menotté ...)

Manque de communication, de dialogue, d'information (personnel/ patients- famille)

Mauvaises conditions d'accueil des patients  Salle d'attente inconfortable

Autres (précisez.....)

**Conséquences de la violence :**

**14) Quelles ont été les conséquences de cet événement sur votre santé ?**

**a/ Immédiates**

Stress  Peur  Sentiment d'insécurité

Sentiment de culpabilité

Autres (précisez.....)

**b/Tardivement**

Anxiété  dépression  Insomnie

Augmentation de la consommation de café, tabac, somnifères, alcool,

Toxicomanie  Epuisement  Troubles gastriques.

Méfiance et/ou peur des patients agités      Syndrome post-traumatique

Perte de confiance et une baisse de l'estime de soi       Aucune

Autres (précisez.....)

**15) Quelles ont été les conséquences sur votre travail ? (plusieurs réponses possibles)**

Difficulté de reprise au même poste       Arrêt maladie

Changement de poste       Démotivation

Baisse d'efficacité       Absences répétées au travail       Aucune

Autres (précisez.....)

**Mesures préventives :**

**16) Trouvez-vous que ce phénomène est suffisamment pris en considération par l'administration (la loi est toujours respectée)?**

Oui       non

**17) Pensez-vous qu'une prise en charge médico-psychologique : est nécessaire après un tel événement?**

Oui       Non

**18) Pouvez-vous proposer quelques mesures/actions afin de prévenir la survenue des situations de violence ?**

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

**19) Avez-vous des remarques personnelles sur notre sujet ?**

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

### **Résumé : L'infirmier et la violence aux urgences**

Ce travail a pour but d'identifier les différents facteurs intervenant dans la problématique de la violence à l'encontre des infirmiers dans les services d'urgences. Afin d'apporter un éclairage théorique à ce travail, une première partie est consacrée à l'élaboration du cadre conceptuel, expliquant les cadres théoriques en lien avec cette problématique, afin de pouvoir comprendre au mieux les différentes recherches faites à ce sujet. Après l'élaboration du cadre conceptuelle, une enquête exploratoire est menée en deuxième partie, afin de confronter les différentes notions et concepts à la réalité des urgences. Cette enquête exploratoire est réalisée grâce à un questionnaire mené auprès des infirmiers de service des urgences. Après dépouillement, les résultats obtenus ont été analysés. Ce travail a permis d'estimer la prévalence de la violence des patients à l'égard des soignants, d'identifier les facteurs favorisant et les circonstances de survenue de cette violence, d'apprécier les contraintes organisationnelles et psychosociales susceptibles de la favoriser ainsi que les principales attentes des infirmiers en terme de prise en charge et d'amélioration de leur situation.

**Mots clés :** urgences- infirmier-patient-violence.

### **Abstract: Nurse and violence in emergency room**

This work aims to identify the different factors involved in the problem of violence against nurses in emergency services. In order to provide a theoretical insight into this work, a first part is devoted to the elaboration of the conceptual framework, explaining the theoretical frameworks related to this problem, in order to be able to understand better the different research done on this subject. After the development of the conceptual framework an exploratory survey is carried out in the second part to confront the different notions and concepts with the reality of the emergencies. This exploratory survey is carried out by means of a questionnaire of emergency nurses After analysis, the results obtained were analyzed This work allowed us to estimate the prevalence of patient violence against caregivers To identify the factors favoring and the circumstances of the occurrence of such violence, to assess the organizational and psychosocial constraints likely to favor it as well as the main expectations of nurses in terms of care and improvement of their situation.

**Keywords:** emergency room-nurse-patient-violence.