



Table ronde 2 : Quelques aspects spécifiques : urgences, psychiatrie, soins aux personnes âgées ...

La violence faite aux soignants

Docteur Marc BERNARD

**Urgentiste, anesthésie
réanimation, expert près les
tribunaux, à l'hôpital de Saint-Quentin**

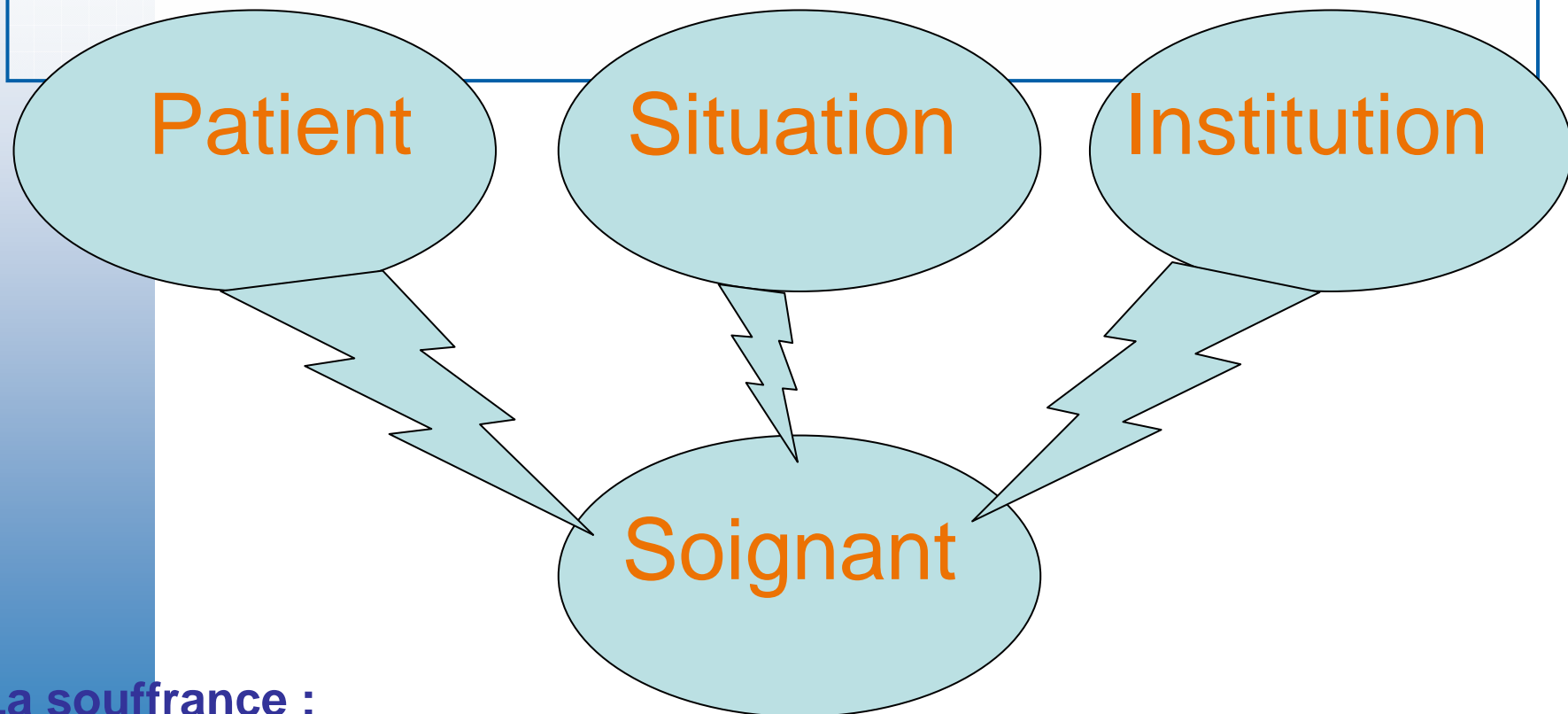
Madame Anne VANHOUTTE

**Infirmière Urgences / SMUR
CHG Lons le Saunier**

Quelques aspects spécifiques : les urgences

Introduction

Les urgences : lieu de grande vulnérabilité, c'est la porte ouverte de l'hôpital :



La souffrance :
les raisons, l'analyse, les réponses institutionnelles, les autres solutions.



VIOLENCE

comportement non amical, non pacifiste.

une contrainte imposée à autrui.

l'adoption d'un comportement (geste ou parole) dont le but est d'avoir du contrôle ou du pouvoir sur une autre personne, qui peut blesser tant physiquement que psychologiquement.

stratégie qu'une personne emploie pour atteindre ses buts en suscitant des émotions (peur, ...).

un climat d'insécurité difficile à supporter.



Quelques chiffres

- **420 déclarations en 2006 pour 507 en 2007 :**
 - ✓ **90% d'atteinte aux personnes :**
 - **43% de coups et blessures sans arme et menace avec arme**
 - **55% d'injures, insultes, menaces de mort.**
 - ✓ **10% d'atteinte aux biens (la moitié de dégradations « légères ») et augmentation des vols sans effraction.**

- **46% entre 18h00 et 01h00.**

- **0,5 à 1% des passages (étude des services d'urgences de BRUXELLES)**
il y a 14 millions de passages / an en France ... soit 70 à 140 000
« incivilités » !

Source : Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier.



La violence liée au patient

Les raisons :

- L'urgence, la gravité.
- Le stress, la douleur.
- Les délais d'attente (78%), le pic d'activité (72%), l'espace clos, l'atteinte à l'intégrité (déshabillage, ...).
- La méconnaissance du dispositif, le refus de soins, d'hospitalisation.
- Le manque d'information, de disponibilité, ...
- La personnalité de l'agresseur.
- L'alcool (83%) et autres toxiques, les pathologies psychiatriques.
- ...

On arrive à une individualisation. Le patient qui arrive aux urgences ne sait pas ou ne veut pas comprendre le fonctionnement ou les priorités de celles-ci. Il ne voit que son cas personnel.

Le patient a l'impression d'être oublié, ignoré voire ne pas être pris au sérieux, car il ne comprend pas « l'attente » du soignant tributaire des résultats de la radio, du laboratoire, des spécialistes (chirurgiens, cardiologues, ...) et de la disponibilité des lits.



La réaction des soignants

- **Le désir de conciliation (69%),**
- **La peur (58%),**
- **Un évitement (35%).**

Et a des conséquences :

- ✓ **Dans 73% des cas sur la qualité des soins,**
- ✓ **Dans 58% des cas sur les patients,**
- ✓ **Dans 44% des cas sur la vie professionnelle,**
- ✓ **Et dans ...26% des cas sur la vie privée !**

Étude réalisée par l'équipe des urgences du CHU de CAEN



Les situations

➤ La violence verbale :

- Par les propos : « on peut mourir »,
- Par les insultes, humiliations, rejets, moqueries, faire courir des rumeurs à son sujet, commentaires blessants.
- Par les menaces : plaintes auprès du Directeur, du Député, du Ministre, ...

La violence verbale tant par le patient, la famille ou les visiteurs est souvent mal vécue par le soignant qui se sent atteint dans sa valeur professionnelle voire personnelle. Violence qui laisse tout de même des marques durables.

➤ La violence physique :

- Directe : coup de poing, coup de pied, coup de « boule », morsures, pincements...
- Par des armes (par nature ou par destination): couteau, tout objet « accessible » : chaise, poubelle, potence, chariot, ...

La violence physique est l'utilisation de la force pour faire mal ou blesser intentionnellement ou pas une autre personne.



Les auteurs

- 65% : le patient lui-même
- 21% : les accompagnants
- 6% : les visiteurs

Les victimes

- 87% : le personnel soignant et dans 97% des cas, ce sont des injures, menaces, coups légers)
- 6% : le patient

Le sentiment de violence est perçu par 95 % du personnel

La violence est une préoccupation majeure pour les infirmières des urgences et cela d'autant plus qu'elle touche à l'image de leur profession et à l'estime de soi.

Ce phénomène de violence aux urgences peut amener l'infirmière jusqu'à l'épuisement professionnel et que cette violence n'est peut-être pas seulement ressentie par cette dernière comme émanant des usagers.



Les solutions institutionnelles

Il ne sera rien fait s'il y a
possibilité de raisonner le
patient.

➤ Immédiates :

- Le personnel soignant seul (IDE, AS, brancardiers, ambulanciers) ... dans 20 % des cas.
- Appel au service de sécurité de l'établissement (quand il existe !...) dans 31 % des cas. Oui, mais... intervention auprès d'un « patient ».
- La contrainte physique : sur prescription. Ce moment est souvent mal vécu par les équipes : sentiment de culpabilité de devoir employer la force afin d'assurer la sécurité du patient et des équipes.
- Appel aux forces de l'ordre dans 32% des cas :

oui mais...

Délais d'intervention

Devenir : dégrisement / garde à vue / rien / ...



Les solutions institutionnelles

Puis :

– **La déclaration d'incident :**

- **Lorsqu'il y a eu violence physique, il s'en suit une déclaration du médecin, de la victime, des témoins, du cadre, suivi d'un examen médical pour constat des blessures et radios si nécessaire, d'un suivi psychologique si besoin**
- **Lourdeur et complexité de la procédure**
- **Absence de retour de toutes ces procédures. Nous sommes en droit de nous demander de l'utilité et de la validité de celles-ci.**
- **Pour quoi faire ?... 4% d'ITT et ... 6,5% d'arrêt de travail**

– **Le dépôt de plainte : 30% des cas :**

- **Temps nécessaire pour le dépôt de plainte, main courante, parfois tribunal ...**
- **Soutien de l'établissement, avocat, ...**
- **Indemnisation ?**



Les autres solutions

Les infirmières psychiatriques

- De part leur formation, très souvent elles dépistent des situations et interviennent précocement pour les désamorcer.
- Elles ont un rôle de médiation qui facilite assez souvent le travail du médecin et de l'IDE.
- oui, mais présence 24h/24 ! Hautement préférable aux « vigiles » : leur intervention est moins agressive ...

Formation de gestion de la violence

- Indispensable, les formations de gestion de la violence ...mais pourquoi les médecins n'y participent-ils pas ?... Nous travaillons en binôme,



Les autres solutions?

Les procédures :

- L'audition des soignants victimes d'agression peut se faire à l'hôpital. « *Toute agression physique ou verbale envers le personnel hospitalier est passible de poursuites judiciaires* » Art. 433-3 et 222-8.
- Simplification de la procédure de signalement, transmission des résultats et mesures concrètes.
- Accompagnement lors des procédures judiciaires.

Le suivi :

- Une étude sur la violence en SMUR d'Ile de France a révélé qu'aucune des agressions observées n'a bénéficié d'un suivi psychologique post-traumatique !
- Retour systématique des déclarations d'incidents avec bilan et mesures préconisées et ... appliquées !



Beaucoup d'interrogations !...

- **Juillet 2002 : agression et fusillade aux urgences de Nice.**
- **Avril 2007 : violences graves aux urgences du Centre Hospitalier de Saint-Denis : « *Nous ne pouvons accepter que ce soient les infirmières, les urgentistes, les personnels hospitaliers mais aussi les malades qui subissent la violence ou les balles tirées comme ce fut le cas aux urgences de Saint-Denis* ».**
- **26 juillet 2008 : les polices municipales se ruent sur le « taser » !!**
 - Aux états unis, les services de sécurité des hôpitaux et des services d'urgences ont des « tasers » !
 - Pourquoi pas nous ?
 - On ne répond pas à la violence par la violence !... « *nous sommes déjà assimilés aux policiers, pompiers, nous nous devons de rester neutre; cette idée me choque.* » (G. KIERZEK, urgentiste Hôtel-Dieu)

La violence liée aux situations d'urgence

- **La douleur, la souffrance.**
- **La mort et surtout celle des enfants.**
- **Le diagnostic et le pronostic, ...**
- **L'impuissance, l'incompréhension, l'imprévu, ...**



La violence liée à l'institution

La complexité, la rentabilité du fonctionnement hospitalier.

- **Les modifications organisationnelles répétées**
- **La lourdeur des procédures : La « protocolisation » entraîne une pression pour être dans le cadre : transmissions ciblées, ...**
- **Les tâches non sanitaires (saisies de données, gestion de prestations, des disponibilités des lits, ...) qui orientent l'activité vers une mission de gestion et de facturation.**
- **Par insuffisance de personnel et donc par manque de temps disponible en raison d'objectifs avoués de rentabilité, le patient devient un numéro et perd sa dimension humaine.**
- **L'informatisation (dossiers, commandes, ...) rend les rapports humains difficiles. Il existe un manque de communication, c'est chacun pour soi, chacun son problème.**



La violence liée à l'institution

- **La non-reconnaissance du travail fourni :**
 - ✓ **Par les médecins : source de démotivation, de perte d'intérêt, et d'incohérences. (mémoire infirmier cannes 2003)**
 - ✓ **La méconnaissance du travail de « l'autre ». Les échanges téléphoniques ... parfois houleux ! La surcharge de travail : chacun son problème !**
 - ✓ **Par l'institution : une non reconnaissance institutionnelle du travail effectué et une impression d'absence de soutien par la hiérarchie.**
- **La surcharge de travail mène à l'épuisement physique , psychologique, d'où une démotivation, elle entraîne une pénibilité psychologique et une perte des repères professionnels et éthiques acquis au cours de sa formation en école.**
- **Le soignant se trouve être l'interface de situations qu'il ne peut résoudre : différents entre médecins, parfois entre équipes complètes, saturation des services, procédures inadaptée (pas d'admission avant 15h !...).**

**L'ensemble de ces points
mène au « Burn-out »**



Les solutions institutionnelles

- Le « projet d'établissement », le projet de pôle, le projet de service... pour mettre du « liant ».
- Le service de la communication, le journal interne, ...

Les autres solutions

- La véritable application de la circulaire N° 195/DHOS/O1/ 2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences : contractualisation entre les urgences et les services d'hospitalisation.
- Une véritable politique de communication permettant de « normaliser » les relations inter-services.
- Une reconnaissance du « burn-out » avec une prise en charge accessible.



Conséquences et conclusions

Par rapport à la violence dans les services d'urgence :

➤ Une attente très forte :

- ✓ Un véritable recensement des « incidents » perpétrés dans les services d'urgence mais accompagné d'une simplification considérable des procédures.
- ✓ De moyens : infirmier (e) s à orientation psychiatrique 24h/24.
- ✓ Un renforcement des échanges avec les services de Police et de Gendarmerie vers une simplification et un accompagnement réel lors des dépôts de plaintes.



Conséquences et conclusions

Par rapport aux situations vécues dans les services d'urgence :

- Reconnaissance de cette souffrance du soignant.
- Mise en place de temps d'écoute et d'échanges :
 - ✓ De véritables groupes de paroles (il n'y a pas de place pour l'amateurisme...)
 - ✓ Le defusing (« déchoquage »), le débriefing.

Par rapport à la violence institutionnelle :

- ✓ La reconnaissance du « burn out ».
- ✓ Une véritable politique de communication au sein des établissements.
- ✓ Le renforcement de l'obligation de contractualisation inter-services.



**« C'est du non respect
des cadres sociaux
que nait la violence »**