



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

EPREUVE CERTIFICATIVE DU DIPLOME D'ETAT

CALMES Sophie
Promotion 2004/2007

PRESENTATION DU TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES INFIRMIERS

Les urgences : un lieu de stress et de soins



Infirmiers

Institut de Formation en Soins

C.H.R. Metz-Thionville
Groupement des hôpitaux de Metz

SOMMAIRE

Introduction.....	1
I) Le Service d'Accueil des Urgences	
1)Définitions.....	2
2)Législation aux urgences.....	2
3)Composition d'un Service d'Accueil des Urgences.....	2
4)Le personnel aux urgences.....	3
5)L'Infirmière diplômée d'état aux urgences.....	3
5/1) Prise en charge infirmière aux urgences.....	3
5/2) L'Infirmière d'Accueil et d'Orientation des Urgences.....	4
II) Le concept de Stress	
1)Définition.....	5
2)Réactions face au stress.....	5
3)Physiologie du stress.....	5
4)Causes du stress.....	6
5)Conséquences du stress.....	6
6) Le stress des soignants.....	6
6/1) Stress positif-stress négatif.....	6
6/2) Conséquences du stress sur les soins.....	7
6/3)Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel.....	7
6/4)Les différentes causes du stress des soignants aux urgences.....	8
7) Le stress des patients.....	8
7/1) Les causes.....	8
7/2) Les conséquences.....	9
III) Le concept d'agressivité et de violence	
1)L'agressivité.....	9
1/1)Définition.....	9
1/2)L'agressivité aux différents stades de la vie.....	9
2)La violence.....	10
2/1)Définition.....	10
2/2)Principe de fonctionnement de la violence.....	10
-Les facteurs de risque ou déclenchants.....	10
-Mécanisme de survenue.....	11
- Les différents modes d'expression.....	11
IV) Le concept de Relation soignant soigné	
1)Définition.....	12
2)La relation dans l'environnement du soin.....	12
2/1) interprétation du message.....	12
2/2) Relation soignant soigné.....	12

3)Psychologie de la personne soigné.....	13
4)Psychologie du soignant.....	13
V) Analyse	
1) Choix de l’outil.....	14
2) Analyse.....	15
Conclusion.....	20
Bibliographie.....	21
VI) Annexes	
Sommaire des annexes.....	23
Annexe I : Grille d’entretien (et questionnaire) à l’attention des soignants.....	24
Annexe II : Dépouillement des questionnaires et entretiens à l’attention des soignants.....	28
Annexe III : Guide d’entretien à l’attention des « patients ».....	36
Annexe IV : Dépouillement des entretiens à l’attention des « patients ».....	39

INTRODUCTION

Etudiante troisième Année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, j'ai choisi de réaliser mon Travail de Fin d'Etude sur le thème des urgences.

En effet, lorsque j'étais lycéenne la série « Urgences » a confirmé mon envie et ma détermination à entrer à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers pour ensuite exercer dans un Service d'Accueil des Urgences.

Durant ma deuxième Année d'étude, mon stage effectué au Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital Legouest m'a permis d'observer tant les comportements des patients que des soignants. J'y ai vu des gens stressés et agressifs. Je me suis alors entretenue avec une infirmière diplômée d'Etat de l'hôpital Legouest pour discuter du sujet.

J'ai alors décidé de parler du stress dans les Service d'Accueil des Urgences, celui-ci étant omniprésent.

J'ai alors repensé à certaines situations vécues et me suis posée de nombreuses questions pour arriver à la problématique suivante : « Le stress dans un Service d'Accueil des Urgences est il à l'origine d'une attitude agressive dans la relation soignant soigné ? »

C'est pourquoi je vais mettre en parallèle d'une part le fait qu'un patient stressé peut devenir un patient agressif pour diverses raisons (le délai d'attente, l'inquiétude du diagnostic, l'ambiance des Urgences...), et d'autre part qu'un soignant stressé peut adopter lui aussi un comportement agressif qui entraîne alors diverses conséquences dans la relation soignant soigné.

I) Le Service d'Accueil des Urgences

1) Définitions

Urgences : phénomène qui touche la santé et qui survient de façon brutale et inattendue qui surprend et inquiète à tort ou à raison l'intéressé et/ou son entourage. (1)

Service d'Accueil des Urgences : Unité qui a pour mission de répondre 24h/24h aux demandes de santé des personnes qui se présentent à l'hôpital sans y avoir un rendez-vous, que leur état soit réellement urgent d'un point de vue médical ou qu'il soit ressenti comme tel.

Il existe deux types de service d'Urgences :

- les Services d'Accueil des Urgences ou Service d'Accueil et de Traitement des Urgences, centres des réseaux de services d'Urgences.
- les Unités de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences, situées dans les hôpitaux de proximité.

2) Législation aux urgences

Différents textes de lois régissent l'activité des services d'urgence et des infirmiers :

- Circulaire du 5 janvier 1949 qui institue les services d'urgence dans les hôpitaux.
- La loi du 31 décembre 1970 qui impose la fonction d'accueil des urgences.
- Le décret 93.221 du 16 février 1993, relatif aux règles de la profession d'infirmier, où plusieurs articles indiquent la conduite à tenir face à l'urgence .
- Le décret du 9 mai 1995 demeure la référence, complété par le décret du 30 mai 1997, sous le gouvernement de M.Juppé; il développe l'organisation des services d'urgences, le travail en réseau, ses missions .
- Le décret 97.616 du 30 mai 1997, relatif aux conditions techniques de fonctionnement des SAU (2).

3) Composition d'un Service d'Accueil des Urgences

Trois zones spécifiques constituent les services d'urgence :

- une zone d'accueil qui se situe à l'entrée du service où l'on assure l'orientation, le triage et l'admission des patients. Les différentes données administratives, personnelles, ainsi que celles en rapport avec le motif de consultation y sont recueillies par un agent

(1) Memento de l'IDE, 2^e édition Maloine, C. Prudhomme, *L'IDE et les urgences*

(2) CHARLES Eric, Nov 2000, *Urgences entre réussite et difficultés*, Revue de l'infirmière, n°65, p5

les premiers soins et oriente la personne en salle d'attente et lui donne des explications sur le déroulement de sa prise en charge.(3)

- une zone d'exams et de soins (ou box de consultations) d'avantage concernée par les urgences pouvant être différées ou de gravité moindre. On y assure l'examen clinique et biologique de la personne ainsi que les soins permettant la disparition des symptômes pénibles du patient. On trouve également une zone de déchoquage qui permet de prendre en charge les patients en détresse vitale ou dont la gravité de leur état nécessite une intervention et une surveillance plus importante qu'en box. Un local appelé « petite chirurgie » permet également la prise en charge des sutures, plâtres.

- une zone de surveillance (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) : Ces locaux permettent une surveillance plus importante de certains patients (tentative de suicide, ivresse, doute de diagnostic). Ces personnes y restent donc la nuit ou pour une durée maximale de 36 heures.

4) Le personnel aux urgences

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

On y trouve des agents d'entretien, aides-soignants, infirmiers, cadres infirmiers, internes en médecine, médecins présents dans n'importe quel service de soins. D'autres professionnels sont également présents comme les secrétaires, agents chargés des admissions, les assistantes sociales, brancardiers, ambulanciers, manipulateurs en

radiologie, radiologues, médecins spécialistes (chirurgien orthopédiste, cardiologue, pneumologue, dermatologue), psychiatres. Egalement des professionnels extérieurs au centre hospitalier : sapeurs-pompiers, gendarmes, policiers, ambulanciers privés

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

5) L'Infirmière diplômée d'état aux urgences

5/1) Prise en charge infirmière aux urgences

L'infirmier intervient à différents niveaux dans la prise en charge de la personne soignée : tout d'abord il joue un rôle majeur dans l'accueil du patient et des accompagnants. Après avoir pris connaissance de l'identité de la personne, identifié le(s) motif(s) de venue et les priorités de soins, la guide vers un box de consultation ou alors

(3) CHARLES Eric, IBID

la fait patienter en salle d'attente, toujours en fonction du degré d'urgence.

Dans un second temps, il effectue un recueil de données qui permet de déterminer les antécédents de la personne, la nature de ses troubles, l'histoire de sa maladie, son ressenti face à la situation mais également son statut social. L'infirmier va alors pouvoir transmettre les informations nécessaires au médecin afin que la prise en charge de la personne soit globale et efficace.

Ensuite il réalise les soins sur rôle propre ou sur prescription médicale. C'est à ce moment là qu'interviennent non seulement les compétences techniques mais aussi toute la dimension relationnelle. Ainsi, le soignant n'impose pas ses actes à la personne soignée, mais la fait participer de manière indirecte, en lui expliquant le but du soin et son déroulement afin de la rassurer et qu'elle ne perde pas toute la dimension humaine qui la caractérise.

La surveillance du patient est un élément indispensable pendant la durée totale de sa présence aux urgences.

Enfin, l'infirmier joue un rôle dans le devenir du patient. Qu'il soit transféré dans un autre service ou qu'il retourne à son domicile, le soignant doit l'accompagner, l'informer, lui expliquer les suites de l'hospitalisation ou les précautions à prendre en cas de retour à domicile.

5/2) L'Infirmière d'Accueil et d'orientation des Urgences (IAO)

On peut parler de poste pivot des urgences. En effet, l'IAO évalue la charge de travail et dispense les soins nécessaires à l'arrivée des patients. Elle doit donc mettre en oeuvre une capacité d'écoute, de compréhension et d'explication.

Cette fonction d'IAO a été établie dans les hôpitaux français dès 1985.

Sa mission tourne autour de quatre axes :

- Elle assure une présence constante en tant que professionnelle de santé qui établit une relation entre le patient, le médecin et les accompagnants.
- Elle veille à bien orienter le patient se présentant aux urgences vers un accueil personnalisé et des soins de qualité.
- Elle réduit le temps d'attente de la prise en charge du patient à son arrivée.

- Elle contribue à l'amélioration des conditions de travail du personnel (4).

Une expérience d'un à deux ans aux urgences est nécessaire pour occuper ce poste.

L'IAO reçoit une formation aux gestes d'urgence, à la relation d'aide et à la

(4) POULARD Sylvie, Nov 2000, *IAO : un poste pivot*, Revue de l'infirmière, n°65, p8 communication, à la maîtrise de l'agressivité, à la responsabilité juridique ainsi qu'à la prise en charge des problèmes psychiatriques.

En conclusion on peut dire qu'elle répond aux besoins de relation et de communication des patients et de leur famille en étant le référent privilégié.

II) Le concept de stress

1) Définition

Selon le Larousse, le stress est une réponse de l'organisme aux facteurs d'agressions physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation.

2) Réactions face au stress

Selye (1968) a défini trois phases qui décrivent la réponse d'évolution du stress : tout d'abord une réaction d'alarme, réaction de défense de l'organisme (réactions physiologiques, hormonales et neurologiques) en réponse à une agression extérieure imprévue. Elle se traduit par une manifestation de symptômes différents selon les personnes. Ces réactions ont pour but de mettre l'organisme en état de fuite ou d'attaque, afin de rétablir l'équilibre interne.

Ensuite la phase de résistance : si le stimulus ayant provoqué la réaction d'alarme demeure un certain temps, alors les mêmes réactions continuent à se manifester mais à un degré moindre. Au cours de cette étape, la personne tente par différentes stratégies (ressources mentales, émotionnelles, comportementales) de rétablir l'équilibre perturbé. Enfin la phase d'épuisement : Si l'organisme ne parvient pas à s'adapter au stimulus présent, il y aura altération de l'état général de la personne et à ce stade, l'organisme a épuisé toutes ses réserves d'énergie.

La vie quotidienne est en général une succession de réactions d'alarme et de petites phases de résistance bien localisées appelées syndrome local d'adaptation.

3) Physiologie du stress

Notre cerveau est constitué de deux hémisphères comprenant chacun quatre lobes. Le lobe temporal est particulièrement impliqué dans l'expression et le contrôle émotionnel, surtout grâce à ses structures limbiques.

Dans des situations d'urgence, la stimulation du système sympathique entraîne la sécrétion d'adrénaline, hormone produite par la médullosurrénale qui entraîne une réaction d'éveil et procure à l'organisme l'énergie nécessaire pour lutter contre les agents stressants.

4) Causes du stress

On distingue différents évènements et changements de vie qui peuvent engendrer un état de stress tels que les agressions (attaque, abus, abus sexuel), les pertes (divorce, deuil, avortement), les catastrophes et désastres naturels (accident de transport : voiture, avion, train, tremblement de terre et dommages associés), les expériences de la vie (chagrin, tracas, humiliation, maladie, traumatisme), les opérations chirurgicales et affections somatiques (hystérectomie, prostatectomie, cancer du sein).

Mais aussi certaines situations peuvent être l'origine du stress comme la précarité (stress économique, travail, emploi, sans abri, pauvreté, chômage, privation, détresse, démoralisation), l'épuisement, l'isolement social (absence d'aide, solitude, séparation, incarcération), des situations particulières (grossesse, post partum).

5) Conséquences du stress

Le stress peut avoir différentes répercussions sur les personnes. Cependant, celles-ci ne subiront pas personnellement les mêmes conséquences. En effet, chaque individu réagit différemment face aux situations car le stress se développe proprement au caractère de l'individu, ainsi trois conséquences peuvent apparaître :

- *Conséquences affectives* : anxiété, hostilité, colère, violence, dysphorie, anédonie, tristesse, perte d'espoir, démoralisation, détresse, agressivité envers l'entourage.

- *Conséquences psychologiques et psychiatriques* : fatigue chronique, syndrome d'épuisement, neurasthénie, dépression, dysthymie, cyclothymie, troubles bipolaires, maniaco-dépressive, manie, dépression majeure, suicide, pensées intrusives, insomnie, alcoolisme, boulimie.

- *Conséquences somatiques* : fatigue, céphalée, boule dans la gorge, asthme, arthrite rhumatoïde, eczéma, diabète, ulcère duodéal, stérilité, cancer (sein), fibrome, maladie cardiovasculaire, migraine, épilepsie, Parkinson, fatigue. (5)

6) Le stress des soignants

6/1) Stress positif, stress négatif

"Le stress, c'est l'état dans lequel nous nous trouvons dès lors qu'il y a un changement significatif de ce qui fait notre stabilité quotidienne", explique Patrick Bouvard,

(4) Dr J-M THURIN, *Définition et effets du stress : aigu, répété, chronique*, source internet consultant spécialisé dans les ressources humaines. A faible dose, ce stress est positif : sans ce petit déséquilibre, nous ne pourrions jamais avancer. Mais s'il devient trop intense, trop répétitif, il nous arrive de trébucher : panique, perte de ses moyens, sommeil en panne, agressivité...

6/2) Conséquences du stress sur les soins

M. Hans Selye disait que : « le stress est le sel de la vie. Lorsque le stress devient détresse, la porte est alors ouverte au burn-out. » .

C'est une réalité, le stress fait partie de la vie.

Tout d'abord le stress peut avoir des conséquences positives sur les soins, il peut stimuler et dynamiser les soignants. Ainsi leurs soins deviennent plus précis et efficaces, ce qui aux yeux des malades est très important et rassurant.

D'autre part ce stress peut s'avérer négatif. L'équipe soignante des urgences doit faire face à de nombreuses difficultés comme les contraintes de temps, la douleur, la maladie, la mort, la souffrance, l'anxiété des patients et de leur famille.

Lorsque le stress est présent, les gestes deviennent alors moins sûrs et les soins de moins bonne qualité.

Il est donc nécessaire d'apprendre à contrôler nos émotions et d'être totalement présent pour le malade. Cependant, à trop aider les autres, on se perd soi-même. On entre alors dans ce que l'on appelle le « burn-out ».

6/3) Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel

Ce terme désigne l'état d'épuisement pouvant atteindre des personnes pour qui les agents qui causent l'état de stress ont été trop nombreux ou qui n'ont pas été à même de faire face à ceux-ci. Le burn-out est un phénomène très fréquent dans les professions d'aide.

Lorsqu'une personne est victime du burn-out, elle trouve plus l'énergie et les ressources intérieures pour faire face aux demandes de son entourage tant sur le plan personnel que professionnel. Cet état représente une extrême détresse.

Chaque personne vit l'approche du burn-out à sa manière et les symptômes diffèrent selon le caractère de chacun. Cependant il existe des signes spécifiques que l'on retrouve fréquemment chez les personnels qui approchent de l'épuisement. La fatigue est le premier signe, la perte ou la prise de poids peuvent aussi apparaître ainsi que des troubles du sommeil.

De plus, le professionnel vient au travail tôt et quitte tard, il s'ennuie dans son travail, n'a plus d'enthousiasme, en veut aux autres, il devient irritable et par conséquent très susceptible.

Le professionnel ne voit plus le patient comme une personne et n'a plus la possibilité d'établir une vraie relation d'aide. (6)

6/4) Les différentes causes du stress des soignants aux urgences

Le service des urgences est pour le moins un service stressant où les soignants doivent allier rapidité, soins techniques et soins relationnels.

Il existe de nombreux facteurs de stress dans un service d'urgence :

- *Les facteurs environnementaux* tels que le bruit, un éclairage trop fort ou trop faible, une température ambiante trop importante, environnement clos des urgences.
- *Les charges physiques* comme les manutentions, la station debout prolongée, les déplacements nombreux dans le service.
- *La haute technicité des soins et des appareils* (spécifique des soignants jeunes diplômés)
- *La charge psychique que représentent les patients* (gravité des pathologies, problèmes sociaux, la souffrance, la mort des patients.)
- *Le manque de reconnaissance professionnelle de la profession par les patients et leur famille.*
- *L'anxiété et l'attitude des patients et de leurs familles.*

Cependant, ils ne sont pas les seuls concernés par ce stress, les patients ainsi que leurs famille aussi sont exposés au stress dans un service d'urgence.

7) Le stress des patients

7/1) Les causes

Tout d'abord, les urgences représentent un lieu mystérieux pour certaines personnes. Le stress est donc le plus souvent dû à leur méconnaissance du service et à l'ignorance du

diagnostic et des soins qui vont leur être prodigués. Il faut donc distinguer l'anxiété due aux problèmes somatiques du patient, de celle générée par le service lui-même.

D'autres facteurs peuvent également se superposer à cette anxiété comme les problèmes personnels, notamment financiers, familiaux, sociaux engendrant des tensions supplémentaires à la situation déjà stressante.

(6) Rosette POLETTI, oct 93, *Le Burn-out*, Objectif soins, n°16, pp35-36

De plus l'attente est souvent mal vécue par les familles; le fait d'être éloigné et de devoir attendre pour connaître le diagnostic génère souvent un stress supplémentaire et peut alors amener ces familles à adopter des comportements excessifs et néfastes au bon déroulement du service des urgences.

En effet, il m'est arrivé durant mon stage aux urgences de remarquer que la plupart des familles arrivent plus ou moins à gérer leur stress alors que d'autres n'arrivent pas et deviennent alors gênant pour le personnel soignant .

7/2) Les conséquences

Toutes les causes énoncées ci-dessus génératrices de stress ont pour conséquence principale l'augmentation de l'angoisse des patients. C'est pourquoi on observe souvent dans les SAU des comportements agressifs se traduisant principalement par des insultes envers le personnel soignant. En effet, le contact avec certains patients s'avère parfois difficilement gérable par les soignants (toxicomanes, alcooliques, SDF). En général, si la relation avec le soignant se passe mal, les patients sont alors insatisfaits de leur passage aux urgences.

III) Le concept d'agressivité et de violence

1) L'agressivité

1/1) Définition

Le comportement d'agression pourrait être défini comme étant tout comportement intentionnel portant atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique d'autrui (7). Le comportement d'agression semble être une construction culturelle, élaborée à partir de l'observation de certaines réactions comportementales de nature émotionnelle. Il semblerait que le concept d'agression contient les notions d'atteinte de l'intégrité d'un organisme ainsi qu'un caractère non aléatoire et non accidentel.

1/2) L'agressivité aux différents stades de la vie

- *Stade oral* : Les premiers modèles de l'agressivité concernent le "mauvais Objet". "Bon" et "mauvais Objet" sont des termes introduits par Mélanie KLEIN pour désigner les premiers Objets pulsionnels partiels ou totaux, tels qu'ils apparaissent dans la vie fantasmatique de l'enfant de la première année. Cette qualité de bon ou mauvais est attribuée à l'Objet de façon imaginaire ou fantasmatique, mais néanmoins réelle pour l'enfant, en fonction de son caractère frustrant ou gratifiant, et en fonction de la

(7) psychiatrieinfirmiere.free.fr

projection sur ces Objets des pulsions libidinales ou agressives de l'enfant. "L'OBJET naît dans la haine" nous dit FREUD. L'enfant ne se différencie de la Mère que par les expériences de frustration. Il attend et se rend compte que la gratification vient d'un Autre que lui.

- *Stade anal* : L'agressivité s'exprimera dans le comportement d'expulsion et de rétention. L'expulsion est l'équivalent de la projection agressive. La rétention est un refus. L'opposition s'exprimera par le "non", parole et geste associés. C'est un stade où l'agressivité est la plus marquée.

- *Stade urétral(entre anal et phallique)* : Ce sont les premières manifestations du stade phallique. La miction revêt un aspect phallique, sadique et agressif (origine de l'énurésie). Durant l'Oedipe, la rivalité s'oriente vers le parent de même sexe. Dans la forme inversée, l'hostilité s'oriente vers le parent de sexe opposé. Il y a une peur de l'agression de l'Autre, vécue comme une castration.

- *Période de latence* : L'agressivité est déviée sur la compétition scolaire, sportive. Périodes d'obéissance et de désobéissance.

- *L'adolescence* : Réactivation massive des pulsions, dont l'agressivité, vis à vis de tout représentant d'autorité. La pulsion agressive se tourne dans l'originalité, la provocation, la grossièreté, mais aussi vers l'individu (suicide). Cette agressivité est transitoire et fonctionnelle, servant à la maturation. Ses fonctions sont: la sauvegarde du Moi, la maîtrise de l'autre et l'affirmation du Soi (8).

2) La violence

2/1) Définition

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

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

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

2/2) Principe de fonctionnement de la violence

- *Les facteurs de risque ou déclenchant* : La violence survient en général chez des personnes ayant plus de prédispositions à passer à l'acte comme les personnes

(8) cours de 1^{ère} année : Le développement de l'enfant impulsives, instables, excitées ou qui ne supportent pas la frustration. (personnes ayant des antécédents personnels de violence, état d'ivresse ou ayant consommé d'autres toxiques, certaines pathologies mentales, personnes insatisfaites).

Comme situations favorisant la survenue de violence, on peut citer l'attente qui peut mettre certaines personnes impatientes hors d'elles. La sensation d'infantilisation par l'équipe soignante ou encore le sentiment de ne pas être informé suffisamment peuvent également être générateur de violence.

- *Mécanisme de survenue* : La violence peut survenir dès lors que la personne se sent menacée (insatisfaction de ses besoins de base, sentiment d'agression, non-respect de l'intimité ou de la liberté...), manipulée ou prise au piège (impression de n'être qu'un objet aux mains de personnes étrangères, sentiment d'être dépossédée de son identité...) ou frustrée.

Il existe cinq étapes dans le mécanisme de survenue de la violence :

- la phase d'accumulation de la tension nerveuse, la personne se sent atteinte dans son intégrité.
- augmentation de la tension nerveuse, apparition de troubles anxieux et d'agitation psychomotrice.
- la personne voit les solutions à son problème diminuer au fur et à mesure, s'installe alors un état de panique ; la personne n'entend plus les soignants et ne leur répond plus.
- c'est la phase de passage à l'acte, La personne extériorise sa frustration, élimine sa tension nerveuse et mobilise toute son énergie.
- la phase de détente, La personne est vidée de son énergie et peut exprimer de façon plus ou moins importante des sentiments de honte ou des regrets. (9)

- *Les différents modes d'expression* :

- l'expression verbale : insultes, cris, menaces, etc.
- l'expression non verbale : attitude menaçante ou inspirant la peur.
- rejet ou ignorance de l'autre.

- ton arrogant ou autoritaire.
- non respect de l'intimité.
- humiliation.
- infantilisation.
- diminution des soins élémentaires. (10)

(9) LELEU Karine, ROUET Stéphane, *La violence aux Urgences*, source internet

(10) LELEU Karine, ROUET Stéphane, IBID

- l'expression physique : coups vers les personnes ou les objets alentours.

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

IV) Le concept de Relation soignant soigné

1) Définition

Relation : lien, rapport ou liaison entre deux choses ou deux personnes. (11)

Relation soignant soigné : rapport mettant en lien au minimum deux personnes ayant pour raison ou pour objectif, majoritairement des soins. De toute façon, tout acte, tout geste technique ou de confort s'inscrit dans la relation soignant/soigné. (12)

2) 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.

2/1) 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.

2/2) Relation soignant soigné

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

Ce sont ces éléments qui vont garantir la motivation de la personne soignée à intervenir

(11) Dictionnaire wiktionnaire, source internet

(12) MANOUKIAN, *La relation soignant soigné*

dans sa prise en charge, et permettre l'émergence d'une relation constructive entre le soignant et la personne malade.

L'infirmier a, lui, une mission d'expert, de part sa place dans la dynamique des soins, mais également une mission de conseiller de la personne soignée. Il va à la rencontre des personnes qu'il prend en charge et apparaît comme un accompagnant (13).

3) Psychologie de la personne soignée

Le patient observe un comportement passif du fait qu'il attend d'être soigné, reconnu et enregistré comme entité recevant des soins.

4) Psychologie du soignant

Le soignant pose le cadre, il instaure l'ordre. Par le biais de celui-ci il s'impose au soigné. Ce rapport, comme celui existant entre un parent et son enfant, fonctionne sur un mode de domination/soumission, incluant la dépendance au soignant.

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

S'engager dans le rapport soignant soigné impose par conséquent au futur soignant une réflexion personnelle sur ses rapports avec autrui.

(13) source internet

V) Analyse

1) Choix de l'outil

Mon premier choix d'outil a été l'entretien, car je pense que face au soignant les informations sont plus riches et ciblées sur les réponses que l'on attend. En effet, on peut leur demander d'être plus clairs sur certains points, et eux peuvent nous faire part de leur expérience professionnelle. Ils peuvent également nous donner des informations supplémentaires sur le sujet et nous donner de nombreux conseils. Les infirmiers et les aides soignants représentent la population principalement visée d'une part, car cela me permet d'avoir une vue d'ensemble sur le stress des soignants aux urgences et d'autre part, je pense que ce sont eux qui sont le plus confrontés au stress des patients et de leurs accompagnants.

Cependant sur les trois services d'urgence choisis sur Metz, un seulement m'a permis de m'entretenir avec les soignants, les deux autres trouvant le questionnaire moins contraignant pour l'équipe soignante. J'ai donc gardé mon guide d'entretien (Annexe I) comme support pour en faire un questionnaire contenant des questions fermées mais aussi ouvertes afin de permettre aux soignants d'exprimer leurs idées en toute liberté. J'ai procédé à un rassemblement des questionnaires remplis et des entretiens effectués auprès des soignants afin de multiplier les sources et de les confronter entre elles pour en analyser les résultats.

J'ai effectué dix entretiens auprès de soignants d'un Service d'Accueil des Urgences. De plus sur dix questionnaires envoyés dans un autre Service d'Accueil des Urgences de la région, cinq m'ont été renvoyés et sur dix questionnaires envoyés dans un UPATOU de la région, huit m'ont été renvoyés. Ce qui m'a fait un total de vingt trois questionnaires à dépouiller.

Pour évaluer le stress des soignants aux urgences, ma grille d'entretien comprenait quatre parties bien distinctes. La première partie regroupait les informations d'ordre général (sexe, âge, ancienneté dans le service, etc), la deuxième partie consistait à mesurer le stress des soignants aux urgences (fréquence du stress, manifestations du

stress, causes du stress, etc), la troisième consistait à mettre en relation le soignant et la violence aux urgences (victime de violence physique ou verbale, etc) et la quatrième et dernière partie consistait à apprécier la relation entre le soignant et les accompagnants. Les trois services d'urgence choisis sont une UPATOU d'une clinique privée et deux SAU, un faisant partie de l'hôpital régional donc étant exposé aux personnes de toutes catégories sociales et où le flux journalier de patients est très important, et l'autre faisant partie d'un hôpital militaire, où le flux journalier de patient est moins important.

J'ai également effectué huit entretiens auprès de personnes ayant eu une expérience aux urgences en tant que patient afin de pouvoir analyser leur ressenti et leur stress et ses conséquences pour pouvoir répondre globalement à ma problématique, visant à analyser le stress et ses conséquences dans la relation soignant soigné. Il était donc judicieux pour moi d'apprécier le ressenti tant des soignants que des patients. Cette grille d'entretien (Annexe III) était aussi composée de quatre parties bien distinctes. La première consistait à situer la population interrogée, la seconde de mesurer le stress des patients aux urgences, la troisième de mettre en relation le patient et la violence, et la dernière d'étudier la relation soignant soigné.

2) Analyse

J'ai pu constater suite à mes questionnaires et entretiens avec les soignants que les urgences sont un service composé de jeunes soignants de majorité féminine.(Annexe II, fig1 et 2) En effet, les jeunes diplômés sont en quête de l'apprentissage de différentes techniques sur un terrain qui lie technicité et rapidité, ce qui leur permettra plus tard dans des services différents des urgences d'avoir un certain aplomb face aux différents soins et situations rencontrés.

De plus, on assiste à un « turn-over » des soignants aux urgences, car j'ai pu constater qu'une grande partie des soignants interrogés ont une ancienneté dans le service inférieure à cinq ans. (Annexe II, fig4)

La jeunesse du personnel urgentiste peut s'avérer comme une qualité étant donné le dynamisme et la rapidité demandé mais également un inconvénient concernant leur maturité et leur analyse de la situation face à l'agressivité et au stress des soignés.

Le stress, mot qui peut causer débat aux urgences, est présent chez la plupart des soignants urgentistes.(Annexe II, fig5) Un stress probablement dû à la charge élevée de travail qui se manifeste par un flux régulier de patients mais aussi à la pression psychique engendrée d'une part, par le caractère imprévisible du service et d'autre part,

du fait des conflits avec les patients et leur famille.(Annexe II, fig7) Cela se traduit alors par diverses manifestations dont les plus courantes sont l'irritabilité, la fatigue morale et psychique ainsi que l'agressivité (Annexe II, fig6). La conséquence principale que l'on peut en tirer, est une nette baisse de la qualité des soins, approuvée par une grande majorité des soignants(Annexe II, fig8). En effet, un soignant stressé ne sera pas dans son état normal donc ne réagira pas forcément de la meilleure façon aux situations qui se présenteront à lui et n'arrivera donc pas à gérer certains comportements qui peuvent s'avérer parfois difficiles.

La surcharge de travail aux urgences est également mise en évidence à la suite de situations stressantes, moment où le soignant peut avoir besoin d'un temps au calme pour se ressourcer et « repartir du bon pied »(Annexe II, fig10). Cependant, l'activité du service ne le permet que rarement.

J'ai aussi pu constater grâce à mes différents entretiens que des formations sur la gestion du stress et de l'agressivité sont accessibles au personnel soignant, mais seulement une minorité de soignants y ont participé.

Je pense que ces formations peuvent être bénéfiques aux soignants en leur montrant comment réagir face à certaines situations agressives, sachant qu'un comportement type est impossible à instaurer et qu'il faut pouvoir réagir au cas par cas. Chaque personne et situation étant unique. De plus, j'insiste sur le fait que ces formations devraient être obligatoires pour les jeunes diplômés aux urgences du fait du manque d'expérience pour agir face à certains comportements agressifs, afin de les préserver d'un stress supplémentaire et leur permettre d'acquérir des connaissances encore inconnues.

En parallèle avec le stress aux urgences, je trouve indispensable de parler de la violence qui est omniprésente, connue de tous et par conséquent faisant presque partie des mœurs.

J'ai pu observer que presque tous les soignants interrogés ont été victime au moins une fois sur leur lieu de travail de violences verbales (Annexe II, fig11) à titre d'insultes, de rabaissement ou de menaces, et que plus de la moitié ont été victimes au moins une fois de violences physiques (Annexe II : fig12) comme des coups, blessures, morsures ou de manière intermédiaire (matériel lancé à l'encontre du soignants).

Les causes principales de ce passage à l'acte sont principalement l'attente, l'angoisse et l'incompréhension de la situation que le patient estime comme le résultat d'un manque d'information venant de l'équipe soignante(Annexe II, fig13). Le stress du soignant peut lui aussi être à l'origine de violence chez le patient, car celui-ci peut alors répondre au stress par son propre stress et adopter alors des réactions agressives et violentes.

Cependant, il ne faut pas en faire une généralité car il est nécessaire d'insister sur la présence de personnes souffrant de troubles psychiatriques aux urgences dont le comportement est alors dépendant de leur trouble.

Comme je le disais précédemment dans mon analyse, il n'y a pas de comportement type à adopter face à une personne agressive ou violente, mais certains concepts peuvent être utilisés comme l'écoute, le calme et la richesse des explications sur la suite des soins. Pour les cas psychiatriques, la sécurité du service peut parfois s'avérer utile en cas d'ingérence de la situation. Le moment propice aux réactions agressives et violentes est la nuit, moment où les soignants remplissent le plus de « déclaration d'agression physique ou verbale ». Cependant, un peu moins de la moitié des soignants interrogés avouent ne jamais remplir de déclaration faute de temps (Annexe II, fig14).

Enfin, j'ai essayé de mettre en relation le soignant et les accompagnants des patients qui sont majoritairement en contact direct avec les soignants et qui se sentent obligatoirement impliqués (Annexe II, fig15). Les accompagnants sont en général autant voir plus anxieux que le patient lui-même. Ils sont impatientes et très demandeurs sur la suite des soins (beaucoup de questions posées), déambulent dans les couloirs et sont parfois insatisfaits de la prise en charge de la personne soignée et ne manque pas de le faire savoir. Pour diminuer cette anxiété, les soignants tentent d'instaurer différentes méthodes pédagogiques comme la diffusion d'un DVD expliquant le fonctionnement du service d'urgence, des explications claires sur la suite des soins et les renseigner sur le comportement attendu afin de permettre une prise en charge optimale de la personne soignée, comportement difficilement respecté par les accompagnants et difficilement gérable pour les soignants durant leur travail. Je peux même affirmer, à l'aide des réponses données par les soignants interrogés, que l'attitude des accompagnants peut être à l'origine du stress du personnel ou être une des causes aggravantes de celui-ci. Pour finir sur l'analyse du comportement des soignants aux urgences, je trouve indispensable de parler du poste d'Infirmier d'Accueil et d'Orientation des Urgences qui joue un rôle majeur dans la prise en charge des patients étant donné que c'est le premier contact qu'a la personne et ses accompagnants à l'arrivée dans le service. Tous les soignants interrogés considèrent que c'est le poste le plus exposé à la violence aux urgences. C'est pourquoi, je pense que si l'accueil fait par l'IAO est de qualité, la suite des soins ne peut qu'être satisfaisante. Le patient sera alors dirigé et pris en charge selon la gravité de son état et les accompagnants seront dirigés en salle d'attente avec toutes les explications nécessaires à la suite du déroulement des soins pour éviter une anxiété supplémentaire.

Après m'être intéressée au comportement des soignants aux urgences, je vais étudier le comportement de personnes ayant eu une expérience en tant que patient aux urgences afin de pouvoir mettre en évidence leur vécu, leur comportement et les conséquences qui en découlent dans la relation soignant soigné.

Tout d'abord, toutes les personnes interrogées énoncent être passées dans un service d'urgences trois fois maximum. Sachant qu'aucune de ces personnes n'a été hospitalisée pour un problème mettant en jeu leur pronostic vital. Cela montre bien que beaucoup de personnes venant chercher des soins dans un service d'urgences pourraient être traitées par un médecin traitant. Cela désengorgerait alors le service des urgences et par conséquent la charge de travail des soignants ce qui permettrait une relation soignant soigné plus satisfaisante pour chacun. Pour ma part, je trouverais judicieux de proposer une coordination avec un médecin traitant la nuit et le week-end afin d'effectuer un tri des patients venant pour de la « bobologie » et donc diminuer le flux de patients pris en charge aux urgences.

Pour faire le lien avec la première partie de mon analyse et le rôle de l'Infirmière d'Accueil, j'ai remarqué que plus de la moitié des patients accueillis par une IAO à leur arrivée expriment être satisfaits de cet accueil (Annexe IV, fig4). Les autres ayant vécu cela comme un manque ayant augmenté leur angoisse.

Toutes les personnes interrogées souhaiteraient une prise en charge plus rapide, chose très difficile à réaliser toujours pour la même raison, celle du flux très important de patients à traiter mais également du manque de personnel « dixit » les soignants.

Au niveau du stress, j'ai pu voir que trois quart des patients sont stressés à leur arrivée aux urgences (Annexe IV, fig5), stress se manifestant par une agressivité et un énervement principalement. En effet, la personne est anxieuse par rapport à son état actuel, arrive dans un service surchargé où le délai d'attente est compté en heure et non en minute, et où les informations sur le déroulement des soins sont considérées comme insuffisantes (Annexe IV, fig6). Tous ces facteurs ne peuvent qu'accroître leur stress. Surtout le délai d'attente que les personnes interrogées considèrent comme amplificateur de stress. De plus, ils considèrent que le fait de ne pas accepter de laisser leur accompagnant venir avec eux en box de consultation, est lui aussi un facteur de stress supplémentaire.

Cependant, je pense que le fait que l'accompagnant reste en salle d'attente durant la prise en charge du patient est plus appropriée, car cela évite au soignant de subir le stress de la famille qui peut par conséquent augmenter leur propre stress et altérer la

qualité des soins prodigués au patient. Par ailleurs, je trouve indispensable que l'infirmière qui prend en charge le patient vienne donner fréquemment des informations sur l'état de la personne et la suite des soins afin de calmer l'angoisse et diminuer le stress des accompagnants.

Ensuite, je peux constater grâce à mes entretiens avec d'anciens patients que le stress peut être à l'origine de comportements agressifs. En effet, une personne stressée agit dans un état second sans forcément le vouloir et regrette souvent ses actes après coups. Elle est impatiente et ne veut pas accepter qu'une personne arrivant après elle, soit vue en priorité par le médecin si son état le demande, car elle considère que son état nécessite des soins immédiats.

Conclusion

Pour ma part, je pense que mon travail a répondu à ma problématique de départ par la positive étant donné l'analyse que j'ai pu tirer à l'aide de mes questionnaires et entretiens effectués. Le stress peut donc être responsable d'une attitude agressive dans la relation soignant soigné dans un service d'urgence. Cela n'étant évidemment pas dans la majorité des cas, et fort heureusement. Il est très difficile d'agir sur le comportement des soignants et des patients aux urgences, le stress étant un état qu'on ne peut supprimer. Pour ce qui est des soignants, ils peuvent seulement tenter de diminuer le stress des patients en répondant à leur attente, être présents et leur apporter toutes les informations nécessaires. En ce qui concerne le stress des soignants, il n'y a pas de formule miracle pour le supprimer. Cela étant inconcevable du fait du flux de patients dans une journée, de la prise en charge de cas difficiles ou encore du stress même des patients ou des accompagnants. Il me semble important, d'insister à nouveau sur le fait que chaque soignant exerçant dans un service d'urgence doit suivre une formation sur la gestion du stress et de la violence afin d'avoir une expérience théorique sur la façon de réagir face à certaines situations difficiles, afin de pouvoir se préserver en étant moins stressé, par conséquent mieux dans son corps et donc prêt à prendre en charge les patients dans le service. Mais il ne faut pas oublier que le stress a son côté positif. En effet, il fait avancer, dynamise le soignant dans son travail. Certaines personnes ont besoin de ce stress pour se sentir bien et faire leur travail avec de l'entrain.

Je tiens à dire que ce travail m'a beaucoup appris sur les différents concepts traités et qu'il a conforté mon envie et mon ambition de travailler en tant que professionnel de santé dans un Service d'Accueil des Urgences.

Bibliographie

Ouvrages :

- BORMANS Christophe, *Psychologie de la violence*, LAVALLOIS-PERRET STUDYRAMA, 2005, 255p
- MAURANGES Aline, *Sress, souffrance et violence en milieu hospitalier*, MNH (Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des personnels de santé), 2001, 163p
- PRUDHOMME C., *L'IDE et les urgences*, Memento de l'IDE, Maloigne 2^e édition, pp1-13

Articles de revue :

- ALLOMBERT S., *Mieux intégrer les familles aux soins*, objectif soins, n° 1995, pp29-33
- BERGMAN L., *Approches de l'agressivité et de la violence*, soins psychiatrie, n°210, 2000, pp15-20
- BONNET J., *Aggressivité, violence, comment y faire face ?*, soins, n°624, 1998, pp5-9
- CHARLES E., *Urgences entre réussite et difficultés*, revue de l'infirmière, n°65, 2000, pp5-9
- CHARLES E., *Violences vécues à l'hôpital*, revue de l'infirmière, n°74, 2001, pp40-41
- CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES DE GENEVE, *Contre les agressions ou les violences à l'encontre du personnel infirmier*, objectif soins, n°21, 1994, pp48-51
- HUMBERT B., *La satisfaction du patient aux urgences*, soins, n°664, 2002, pp27-30
- HUMBERT B., *L'infirmière et la violence dans les services d'urgence*, soins, n°664, 2002, pp39-42
- LONGNEAUX J-M, *Prendre soin et violence*, soins psychiatrie, n°210, 2000, pp21-25
- NEUVEUX-HUBBEN C., *Les acteurs de l'urgence face au stress*, urgence pratique, n°22, 1997, pp9-11
- PERREVE-GENET A., *Stress positif, stress négatif le point de vue du cardiologue, cœur et santé*, n°94, 1997, pp14-15
- ROSENBLATT F., *Bien soigné, bien accueillir*, soins, n°32, 1995, p3

- SVANDRA P., *L'hôpital face à la violence : les urgences en premières lignes*, objectif soins, n°88, 2000, pp1-5
- SVANDRA P., *Les urgences face aux violences urbaines*, soins cadres, n°53, 2005, pp42-46
- SYLVAIN G., *L'accueil, 1^{er} soin en service d'urgence*, objectif soins, n°32, 1995, pp27-28
- TROCME N., *L'infirmière confrontée à la violence*, soins formation, pédagogie, encadrement, n°7, 1993, pp54-60

Sources internet :

- <http://www.google.fr>
- <http://www.infirmiers.com>
- <http://www.psychiatrieinfirmiere.free.fr>
- wiktionnaire
- <http://www.legifrance.gouv.fr>

Sommaire des Annexes

Annexe I : Grille d'entretien (et questionnaire) à l'attention des soignants

Annexe II : Dépouillement des questionnaires et entretiens à l'attention des soignants

Annexe III : Guide d'entretien à l'attention des « patients »

Annexe IV : Dépouillement des entretiens à l'attention des « patients »

Annexe I : Grille d'entretien (et questionnaire) à l'attention des soignants

I) Afin de mieux vous connaître :

1) Quel est votre sexe : homme femme

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?
25 ans 25-30 ans

30-40 ans + 40 ans

3) Quel est votre statut professionnel ?
Cadre Infirmier Infirmier(e) Aide Soignante

4) Depuis combien de temps êtes vous diplômé(e) ?
-1 an 1-5 ans
5-10 ans 10-20 ans +20 ans

5) Depuis combien de temps exercez vous dans le service des Urgences ?
1an 1-5 ans
5-10 ans 10-20 ans +20 ans

6) Travaillez vous de : jour nuit

II) Le soignant et le stress

7) Comment définissez vous le mot « STRESS » ?
.....
.....
.....
.....

8) Dans le service, vous arrive t il d'être stressé(e) ?
Jamais parfois
Souvent très souvent

9) De quelle manière se manifeste votre stress ?
Tachycardie perte d'appétit troubles digestifs
Fatigue physique agressivité transpiration
Dyspnée troubles du sommeil fatigue morale
Irritabilité mutisme céphalées

III) Le soignant et la violence

17) Avez-vous déjà fait l'objet de violences verbales de la part d'un patient ou d'un accompagnant, au travail ? oui non

18) Avez-vous déjà fait l'objet de violences physiques de la part d'un patient ou d'un accompagnant, au travail ? oui non

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

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

20) Comment abordez-vous une personne susceptible d'adopter un comportement violent ?

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

21) Pensez-vous que le patient soit le seul responsable dans une réaction violente ?

oui non
Pourquoi ?.....
.....
.....

22) Pensez-vous que votre stress peut être à l'origine de violence chez la personne soignée ? oui non

Si oui, lesquels ?
.....
.....
.....

23) Pensez-vous qu'il soit possible de garder un comportement de soignant tout au long de sa journée de travail aux Urgences ? oui non

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

24) Remplissez-vous une feuille de «déclaration d'agression physique ou verbale » suite à ces réactions violentes ? oui non

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

IV) Le soignant et les accompagnants

25) Etes vous en contact direct avec les accompagnants des patients ?
Jamais parfois

Souvent toujours

26) Pensez vous que les accompagnants soient particulièrement anxieux ?
oui non

Si oui, à quoi le voyez vous ?.....
.....

27) Quel est leur comportement dans le service ?
Mutisme anxiété

Agressivité agitation aucun comportement spécifique

Autres(précisez) :.....

28) Est-ce que leur comportement vous gêne dans votre travail ?
oui non

Précisez :
.....
.....

29) Pouvez vous proposer quelques actions afin de diminuer l'anxiété des accompagnants ?

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

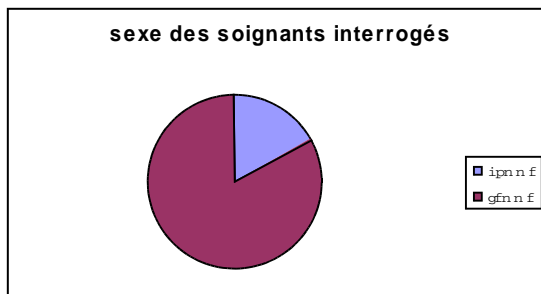
30) Pensez vous que l'anxiété des accompagnants vous stresse et entrave la qualité des soins ?
oui non

Si vous avez des remarques supplémentaires à faire sur mon sujet n'hésitez pas

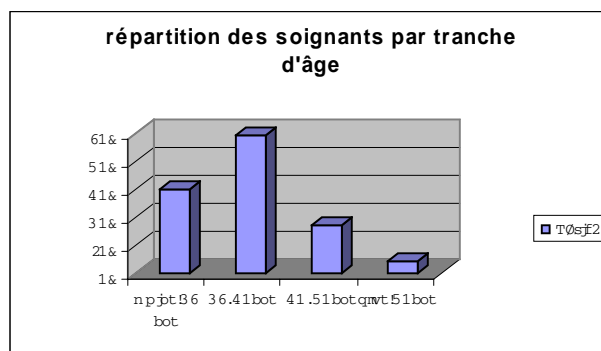
Annexe II : Dépouillement des questionnaires et entretiens à l'attention des soignants

La première partie de l'entretien consiste à situer la population interrogée

Question 1 : Quel est votre sexe ? Figure 1



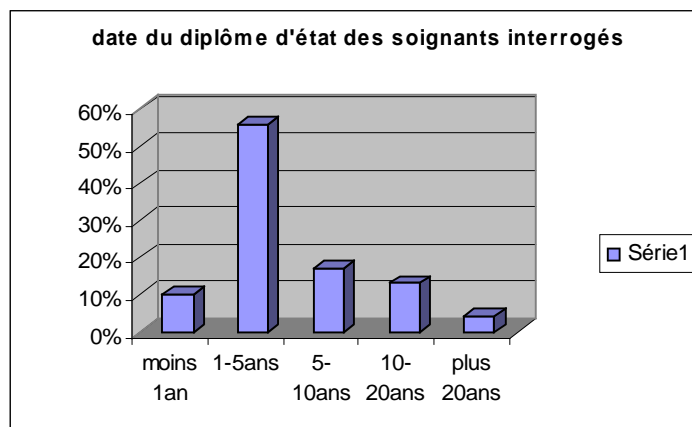
Question 2 : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? Figure 2



Question 3 : Quel est votre statut professionnel ?

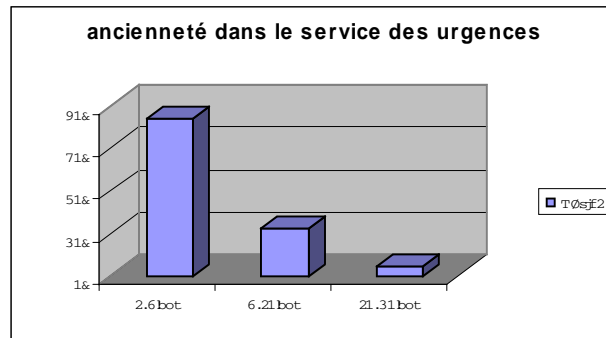
Sur tous les soignants interrogés, 83% sont des infirmier(e)s, 13% sont des aides soignant(e)s et 4% sont des cadres.

Question 4 : Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ? Figure 3



Question 5 : Depuis combien de temps exercez-vous dans le service des urgences ?

Figure 4



Question 6 : Travaillez vous de jour ou de nuit ?

Tous les soignants des services d'urgence interrogés travaillent de jour et de nuit en roulement sauf les cadres de santé.

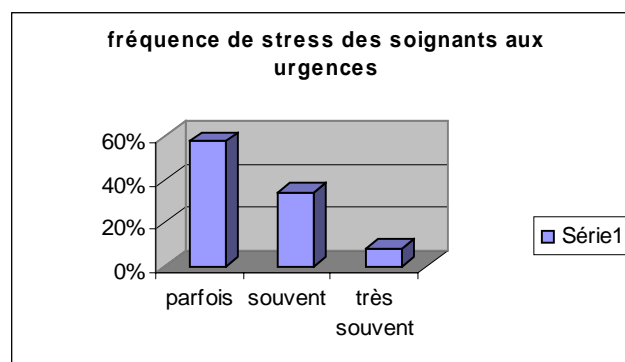
La seconde partie de l'entretien consiste à mesurer le stress des soignants aux urgences

Question 7 : Comment définissez vous le mot « STRESS » ?

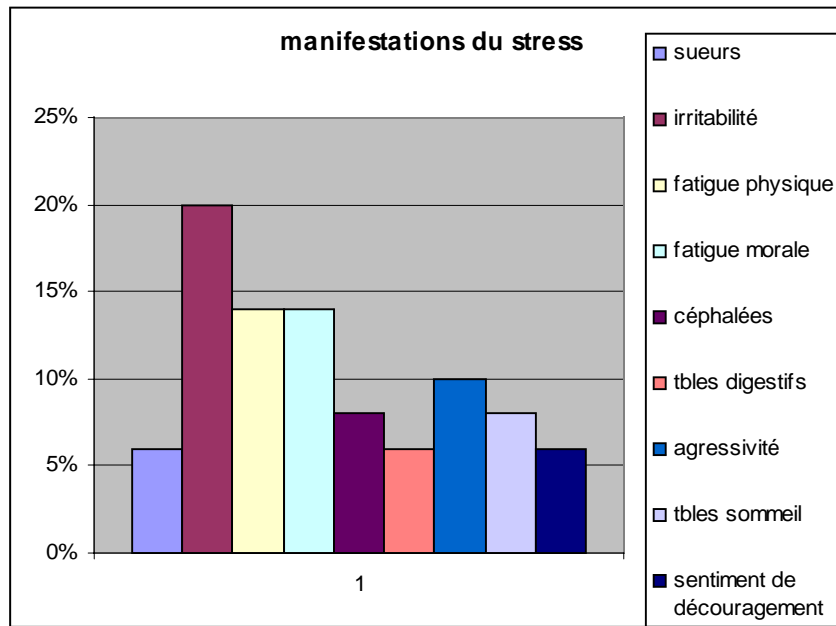
Pour définir ce mot, les soignants ont très souvent utilisé les mêmes termes comme l'énervement, la pression psychique, la perte de patience ou une anxiété. Cela étant du à une accumulation de situations difficiles ou lié à un facteur agressif.

Certains l'ont même défini comme un état de mal être.

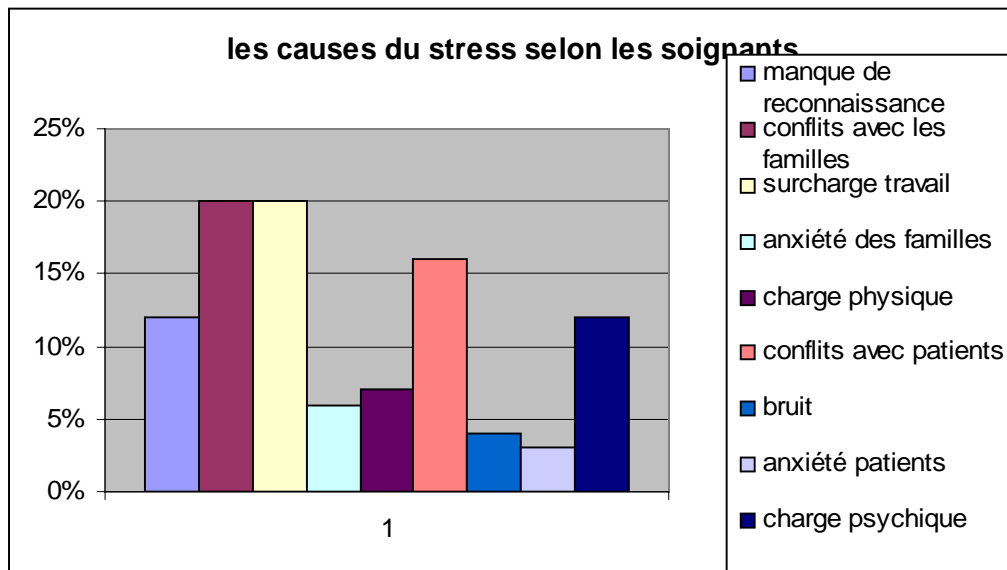
Question 8 : Dans le service, vous arrive t il d'être stressé(e) ? Figure 5



Question 9 : De quelle manière se manifeste votre stress ? Figure 6



Question 10 : Pourriez vous définir le ou les causes de ce stress ? Figure 7



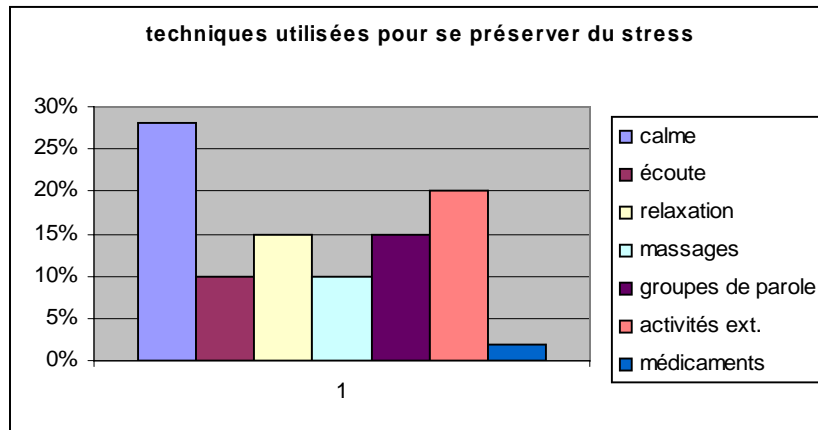
Question 11 : Penses vous que le stress puisse avoir des conséquences négatives sur la qualité des soins que vous prodiguez au patient ? Figure 8



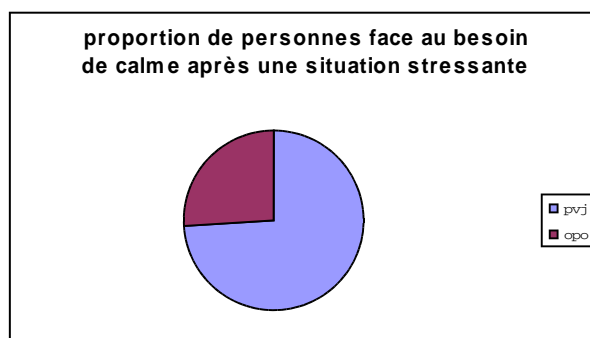
Question 12 : Selon vous quel est le poste infirmier le plus exposé à la violence aux urgences ?

A cette question, tous les soignants interrogés ont répondu que le poste infirmier le plus exposé à la violence aux urgences est celui d’infirmière d’accueil et d’orientation des urgences.

Question 13 : Quelles techniques utiliseriez vous pour vous préserver face aux situations stressantes ? Figure 9



Question 14 : Avez-vous besoin de vous retrouver un temps au calme après une situation stressante (déchoquage important) ? Figure 10



Les 74% de personnes ayant avoué avoir besoin d’un temps au calme suite à une situation stressante, énoncent ne pas toujours avoir le temps de rester au calme pour se calmer et décompresser. Ils appuient même sur le fait que cela arrive rarement du fait de la charge de travail trop importante.

Question 15 : Avez-vous des temps formels de discussion ou de régulation par rapport à la violence ?

Une formation sur la régulation de la violence permet au 22% des personnes y ayant assisté, de connaître d'autres avis et façons de réagir face à des situations difficiles ou violentes. Cette formation expose l'attitude à avoir face à une situation violente.

Question 16 : Avez-vous reçu une formation sur la gestion du stress ?

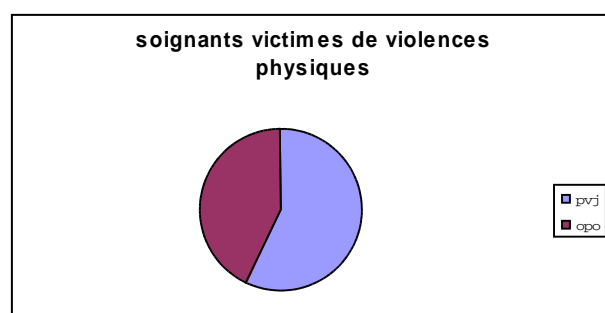
A cette question 78% des personnes interrogées répondent à cette question par la négative. Cependant, ils approuvent l'existence de celle-ci mais également l'existence d'une formation « agressivité » permettant de montrer comment réagir face à certains comportements agressifs venant du patient ou de son entourage.

La troisième partie de l'entretien consiste à mettre en relation le soignant et la violence aux urgences.

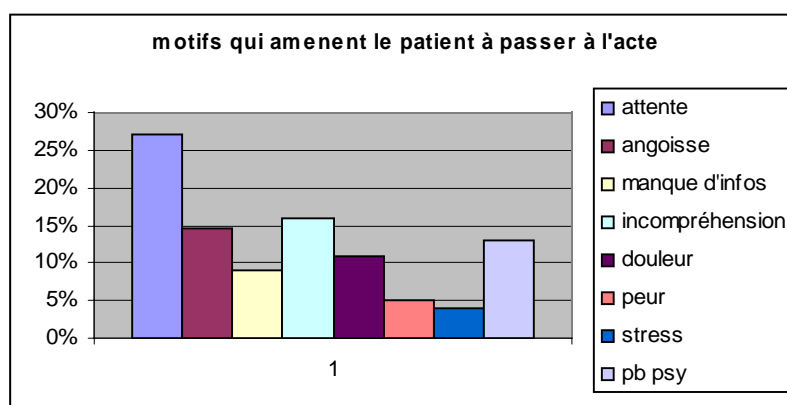
Question 17 : Avez-vous déjà fait l'objet de violences verbales de la part d'un patient ou d'un accompagnant, au travail ? Figure 11



Question 18 : Avez-vous déjà fait l'objet de violences physiques de la part d'un patient ou d'un accompagnant, au travail ? Figure 12



Question 19 : D'après vous, quels peuvent être les motifs qui vont amener le patient à passer à l'acte ? Figure 13



Question 20 : Comment abordez-vous une personne susceptible d'adopter un comportement violent ?

Les soignants interrogés ont proposé plusieurs attitudes à adopter face à une personne violente comme l'écoute, le calme ou les explications de la suite des événements. Pour les cas psychiatriques, ils préconisent la discussion mais si la situation s'aggrave ils n'hésitent pas à avoir recours à la sécurité du service. Cependant, l'attitude à avoir face à un patient violent est à adapter au cas par cas.

Question 21 : Pensez-vous que le patient soit le seul responsable dans une réaction violente ?

A cette question, 22% des soignants interrogés considèrent que le patient n'est pas le seul responsable dans une réaction violente face à 78% qui considèrent que le patient est le seul responsable.

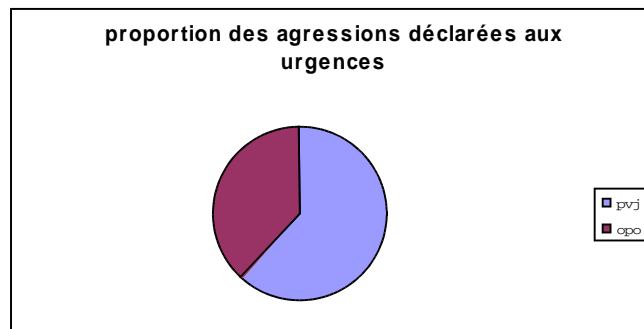
Question 22 : Pensez-vous que votre stress peut être à l'origine de violence chez la personne soignée ?

La moitié des soignants interrogés pensent que leur stress peut entraîner une violence quelconque chez la personne soignée tandis que l'autre moitié juge leur stress non responsable d'attitudes violentes.

Question 23 : Pensez-vous qu'il soit possible de garder un comportement de soignant tout au long de sa journée de travail aux urgences ?

65% des personnes interrogées répondent par la positive à cette question alors que les 35 autres % trouvent difficile de garder un comportement de soignant durant toute sa journée de travail.

Question 24 : Remplissez-vous une feuille de « déclaration d'agression physique ou verbale » suite à ses réactions violentes ? Figure 14

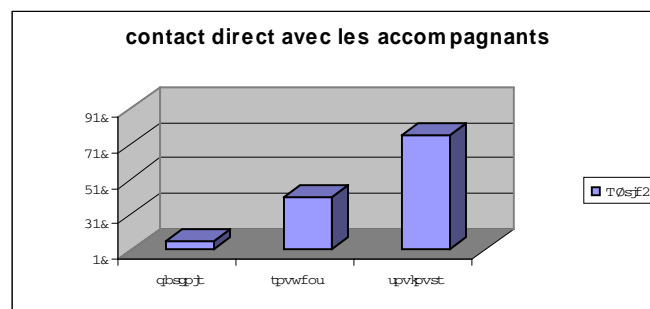


Tous les soignants interrogés considèrent la nuit comme la période propice pendant laquelle il y a le plus de « déclaration d'agression physique ou verbale » remplies.

La quatrième et dernière partie de l'entretien consiste à analyser le comportement entre le soignant et les accompagnants des patients.

Question 25 : Etes vous en contact direct avec les accompagnants des patients ?

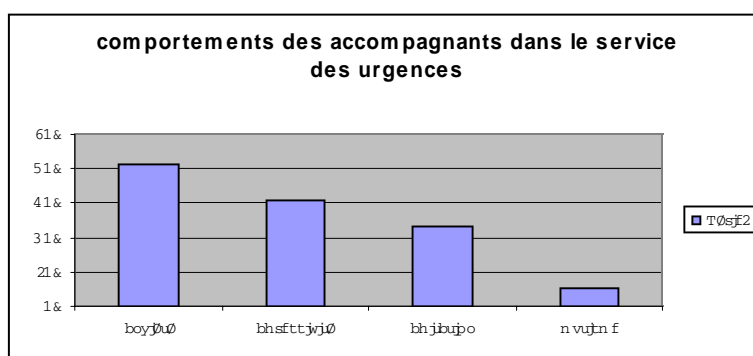
Figure 15



Question 26 : Pensez vous que les accompagnants soient particulièrement anxieux ?

Tous les soignants interrogés pensent que les accompagnants sont anxieux dans le service des urgences.

Question 27 : Quel est leur comportement dans le service ? Figure 16



Question 28 : Est-ce que leur comportement vous gêne dans votre travail ?

70% des soignants interrogés trouvent que le comportement des accompagnants les gêne dans leur travail. Ils définissent ce comportement par des déambulations fréquentes, une impatience, une incompréhension et de nombreuses questions répétitives, ils ne sont pas d'accord avec la prise en charge du patient et sont très envahissants.

Question 29 : Pouvez vous proposer quelques actions afin de diminuer l'anxiété des accompagnants ?

Différentes actions ont été proposées par les soignants interrogés :

- plus d'explications et surtout d'informations commençant par un bon accueil
- existence d'un box d'accueil pour le patient et ses accompagnants
- passer un DVD d'informations en salle d'attente sur le fonctionnement du service des urgences
- assurer un dialogue continu et clair
- inclure l'accompagnant dans les soins
- plus de personnel aux urgences afin de mieux prendre en charge les accompagnants

Question 30 : Pensez vous que l'anxiété des accompagnants vous stresse et entrave la qualité des soins ?

78% des soignants interrogés pensent que l'anxiété des accompagnants peut être à l'origine de leur stress et alors entraver la qualité des soins.

Annexe III : Guide d'entretien à l'attention des « patients »

1) Quel est votre sexe : homme femme

2) Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ?

20-25 ans

25-30 ans

30-40 ans

+ 40 ans

3) Dans votre vie avez-vous eu recours aux urgences :

- de 3 fois

3 à 5 fois

+ de 5 fois

4) A quand date votre dernier passage aux urgences ?

- 3 mois

3 mois à 6 mois

6 mois à 1 an

+ 1 an

5) Avez-vous été accueilli et dirigé par une infirmière dès votre arrivée aux urgences ?

oui

non

Si oui, avez-vous été satisfait de cet accueil ? oui

non

Si non, qu'avez-vous pensé à votre arrivée ?

Précisez :

.....

6) Qu'attendez vous de l'accueil en venant aux urgences ?

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

7) Comment définissez vous le mot « STRESS » ?

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

8) Etiez vous stressé à votre arrivée aux urgences ? oui non

Pourquoi ? (précisez) :

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

9) De quelle manière se manifeste votre stress ?

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

10) A votre avis quelles peuvent être les causes à l'origine de votre stress ?

le délai d'attente

le manque d'informations

l'ambiance des urgences

l'attitude des soignants

la douleur
l'ignorance de son état

le bruit
les locaux

11) Combien de temps avez-vous patienté en salle d'attente avant d'être pris en charge par un médecin en box de consultation ?

30 min à 1 h

1 à 2 h

2 à 3 h

+ 3 h

12) Le stress s'est-il accentué avec le délai d'attente ? oui

non

Pourquoi ? (précisez) :

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

13) La personne qui vous accompagnait a-t-elle pu vous accompagner dans les box de consultation ? oui

non

Si oui, cela vous a-t-il aidé à diminuer votre stress ? Pourquoi ?

14) D'après vous, quels pourraient être les points à améliorer aux urgences pour diminuer le stress des patients ?

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

IV) Le patient et la violence

15) Avez-vous été témoin d'une agression verbale envers les soignants lors de votre passage aux urgences ? oui

non

16) Avez-vous été témoin d'une agression physique envers les soignants lors de votre passage aux urgences ? oui

non

17) Pensez-vous que le stress peut être à l'origine de comportements agressifs ?

oui

non

Pourquoi ? (précisez)

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

V) Relation soignant soigné

18) Avez-vous ressenti un sentiment d'agression lors de votre relation avec le soignant ?

oui

non

Si oui, pourquoi et comment l'avez-vous ressenti ? (précisez) :

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

19) Avez-vous eu le sentiment que le soignant en face de vous semblait stressé ?
oui non

- Si vous avez des remarques supplémentaires à faire sur mon sujet n'hésitez pas

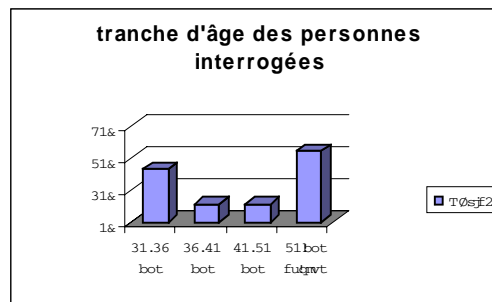
Annexe IV : Dépouillement des entretiens à l'attention des « patients »

La première partie de l'entretien consiste à situer la population interrogée :

Question 1 : Quel est votre sexe ? Figure 1



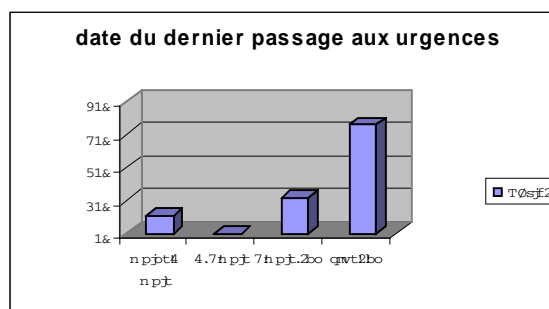
Question 2 : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? Figure 2



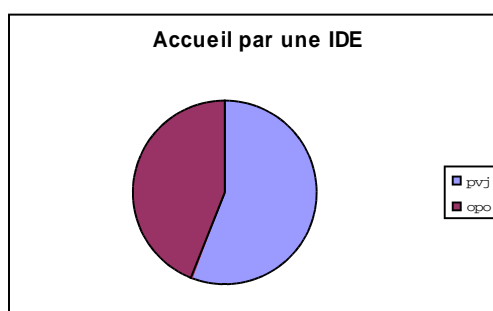
Question 3 : Combien de fois avez- vous eu recours aux urgences dans votre vie ?

Pour cette question toutes les personnes interrogées énoncent être passées 3 fois maximum dans leur vie dans un service d'urgence.

Question 4 : A quand date votre dernier passage aux urgences ? Figure 3



Question 5 : Avez-vous été accueilli et dirigé par une infirmière dès votre arrivée aux urgences ? Figure 4



Les 55% de personnes ayant été accueilli par une IDE à leur arrivée aux urgences déclarent être satisfait de cet accueil.

Les 45% de personnes n'ayant pas été accueilli par une IDE à leur arrivée avouent l'avoir vécu comme un manque ayant augmenté leur angoisse du fait d'aucune information sur le délai d'attente par exemple.

Question 6 : Qu'attendez-vous de l'accueil en venant aux urgences ?

Dans les réponses retrouvées, j'ai remarqué que 66% des personnes interrogées désireraient une prise en charge plus rapide aux urgences. 22% désireraient savoir le délai d'attente et avoir plus d'informations sur le déroulement des soins.

La seconde partie de l'entretien consiste à mesurer le stress des patients aux urgences.

Question 7 : Comment définissez-vous le mot STRESS ?

Sur les personnes interrogées, j'ai pu faire le constat de définitions assez semblables et récurrentes. En effet, celles-ci définissent le stress comme un état d'énervement, d'impatience, d'anxiété et d'inquiétude, lié à une situation inhabituelle.

Question 8 : Etiez-vous stressé à votre arrivée aux urgences ? Figure 5

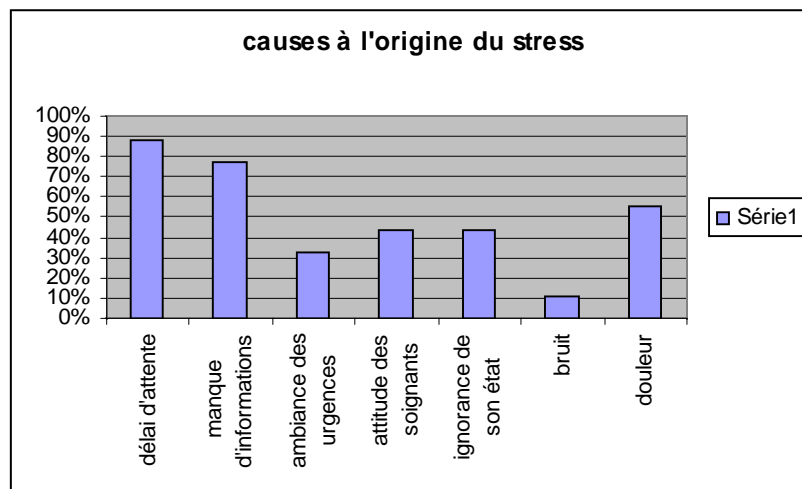


Question 9 : De quelle manière se manifeste votre stress ?

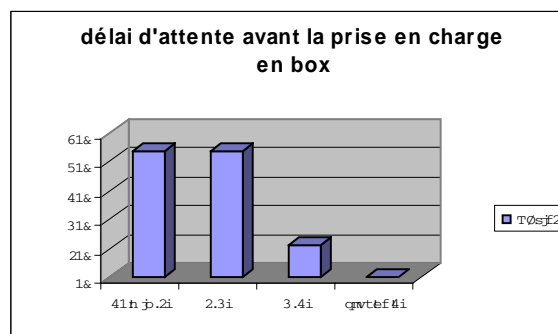
Différentes manifestations ont été citées lors des entretiens mais certaines étaient récurrentes comme l'agressivité et l'énerverment cités par 66% des personnes interrogées, une transpiration excessive pour 44% ou des troubles digestifs ou des maux de tête pour 22% des personnes. D'autres manifestations comme une hyperactivité, des tremblements ou une impatience ont également été énoncés.

Question 10 : A votre avis, quelles peuvent être les causes à l'origine de votre stress ?

Figure 6



Question 11 : Combien de temps avez-vous patienté en salle d'attente avant d'être pris en charge par un médecin en box de consultation ? Figure 7



Question 12 : Le stress s'est-il accentué avec le délai d'attente ?

La réponse a été positive pour toutes les personnes ayant patienté au minimum 1 heure avant d'avoir été pris en charge en box soit 55% des personnes interrogées. 22% des personnes justifient cela par la douleur qui ne cesse pas et les 33 autres % par un manque d'informations sur son état et sur la suite des soins.

Question 13 : La personne qui vous accompagnait a-t-elle pu vous accompagner dans les box de consultation ?

44% des personnes interrogées ont pu être accompagnées dans le box de consultation et par conséquent 55% non. Les personnes accompagnées avouent que la présence d'une personne proche à leurs côtés leur ont permis de diminuer leur stress car ils se sentaient moins seul face à la situation.

Question 14 : D'après vous, quels peuvent être les points à améliorer aux urgences pour diminuer le stress des patients ?

Pour cette question, différents points ont été cités :

- attitude des soignants moins froide
- soignants plus rassurants
- donner plus d'information sur l'état de la personne
- soulagement de la douleur plus rapidement
- diminution du temps d'attente pour voir un médecin

La troisième partie de l'entretien consiste à mettre en relation le patient et la violence aux urgences

Question 15 : Avez- vous été témoin d'une agression verbale envers les soignants lors de votre passage aux urgences ?

77% des personnes interrogées n'ont jamais été témoin d'une agression verbale envers l'équipe soignante et par conséquent 23% oui.

Question 16 : Avez-vous été témoin d'une agression physique envers les soignants lors de votre passage aux urgences ?

Aucunes des personnes interrogées n'a été témoin d'une agression physique envers un soignant lors de son passage aux urgences.

Question 17 : Pensez-vous que le stress peut être à l'origine de comportements agressifs ?

Toutes les personnes interrogées ont répondu par la positive à cette question.

La dernière partie de l'entretien consiste à étudier la relation soignant soigné

Question 18: Avez-vous ressenti un sentiment d'agression lors de votre relation avec le soignant ?

77% des personnes interrogées ne se sont pas senties agressées lors de leur relation avec le soignant, les 22 autres% justifient ce sentiment par un manque de prise au sérieux de l'état du patient ou par un énervement injustifié du soignant au regard de réponses du patient qu'il trouve imprécises par exemple.

Question 19: Avez-vous eu le sentiment que le soignant en face de vous semblait stressé ?

Seulement 22% des personnes interrogées ont ressenti un stress venant du soignant. Ils justifient cela par un manque d'expérience et par conséquent la peur de ne pas prendre le patient en charge efficacement ou par la surcharge excessive de travail.