

Faculté de santé publique

L'impact de la violence sur la relation soignant-soigné

Le cas des urgences de l'hôpital Saint-Pierre de
Bruxelles

Mémoire réalisé par

Caby Alexy

Promoteur

D'Hoore William

Année académique 2023-2024

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'impact de la violence sur la relation soignant-soigné

**Le cas des urgences de l'hôpital Saint-Pierre de
Bruxelles**

Mémoire réalisé par

Caby Alexy

Promoteur

D'Hoore William

Année académique 2023-2024

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens tout d'abord à adresser mes remerciements à Monsieur D'Hoore William, mon promoteur. Je me suis sentie conseillée et encadrée de manière bienveillante tout au long de ce périple qu'est le mémoire et cette aventure n'aurait pas été la même sans lui.

Je remercie ensuite tous les témoins privilégiés pour le temps et l'éclaircissement qu'ils ont pu m'apporter sur la thématique de la violence.

Je remercie également chaleureusement mes 2 chefs des urgences pour leur patience et le temps qu'ils m'ont accordé tout au long de ces 2 années d'études. Ils sont une source d'inspiration au quotidien et je me sens chanceuse d'avoir des chefs aussi humains.

Une pensée particulière se dirige également vers mes collègues avec lesquels je partage ma vie professionnelle. Merci pour leur enthousiasme par rapport à ma thématique et pour le temps que chacun d'eux a pu m'accorder en étant interrogé ou non. Merci l'équipe !

De plus, je remercie tous les professeurs et assistants de la Faculté de Santé Publique pour la qualité de leur enseignement.

Enfin, je tiens particulièrement à remercier ma famille et mes amis pour le soutien indéfectible dont ils ont fait preuve tout au long de ce master. Vous êtes une source de motivation inépuisable et je ne pourrais jamais assez vous remercier pour vos encouragements et votre patience.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.

Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Introduction.....	1
Chapitre 1 : Les repères théoriques	3
I. La relation soignant-soigné.....	3
II. Le soignant.....	4
III. La violence	6
IV. La violence dans la relation soignant- soigné et ses différentes étiologies.....	7
1. La communication et le manque de communication	8
2. Les déterminants sociaux de santé	9
3. Les facteurs environnementaux, contextuels	11
V. Le service des urgences est-il plus enclin aux comportements agressifs ?	15
VI. La violence aux urgences ? un évènement sous déclaré ?	16
VII. Les conséquences possibles de la violence dans la relation de soins	17
VIII. Conclusion de la partie théorique.....	18
CHAPITRE 2 : Matériel et méthodes.....	19
I. Contextualisation.....	20
1. Quelques chiffres	20
2. Les urgences de Saint-Pierre de Bruxelles	21
3. Législation belge existante autour de notre problématique	23
II. Nos méthodes de collecte des données.....	27
1. La recherche documentaire	27
2. Des entretiens avec des témoins privilégiés.....	28
3. Un focus group avec des acteurs de terrain	29
4. Des entretiens avec des acteurs de terrain.....	30
5. Collecte et analyse des données.....	31
6. Préconceptions.....	33
Chapitre 3 : Résultats	34
I. Les situations de violence	34
II. Les causes de déclenchement de violence	36
III. Les conséquences de la violence sur les soignants.....	41
1. Conséquences professionnelles.....	41

2.	Conséquences sur la vie privée	46
IV.	La déclaration d'évènement de violence.....	47
V.	Les pistes de solutions	50
1.	Pour le volet « communication »	50
2.	Pour le volet « déterminant sociaux de santé »	53
3.	Pour le volet « environnement de travail »	54
Chapitre 4 : Discussion		57
1.	La compréhension des causes de violence dans la relation soignant-soigné	57
2.	Les conséquences et impacts de la violence sur la relation.....	59
3.	Les pistes de solutions.....	60
I.	Préconisations	61
1.	Au niveau des soignants.....	61
2.	Au niveau organisationnel à Saint Pierre	64
3.	Au niveau des patients.....	67
4.	Au niveau des décisions politiques	67
II.	Forces et limites.....	68
III.	Pistes de recherche.....	69
Conclusion générale		71
Bibliographie		73
Annexes		75

Introduction

Dans les services d'urgence, le recours au service de sécurité est fréquent pour des comportements agressifs d'origines multiples. Un lieu de travail n'est pas censé être le théâtre de scènes de violences. Pourtant, nombreux sont les soignants qui y sont confrontés de manière quasi quotidienne. De nombreuses pistes de solutions ont été mises en place à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles et pourtant la violence est toujours omniprésente.

« Les estimations internationales soulignent qu'environ un travailleur de la santé sur deux dans le monde a été touché par la violence une fois au cours de sa vie professionnelle et jusqu'à 38 % subissent des violences physiques à un moment donné de sa carrière. La fréquence et les tendances peuvent varier d'un pays à l'autre, mais la violence contre les travailleurs de la santé est désormais également un problème dans les pays dotés de systèmes de santé développés et de niveaux élevés de confiance dans les institutions et les professionnels. »(OMS, 2002)

Etant infirmière aux urgences et aux soins intensifs depuis maintenant plus de 8 ans, j'ai pu constater que ma manière d'être et de faire a évolué face à cette violence et j'en suis arrivée à me questionner sur l'impact de celle-ci sur mes relations de soins : suis-je devenue moins conciliante ? moins patiente ? moins professionnelle ? Ma qualité de soin en est-elle impactée ? Qu'est ce qui rend un patient ou son entourage violent ? Qu'est ce qui fait qu'un patient venant pour se faire soigner en vient à devenir menaçant ? Y a-t-il des prédispositions ? L'environnement, le contexte, la situation jouent t'ils un rôle ?

La question de recherche sera la suivante : **comment prévenir les comportements violents et améliorer les relations de soins aux urgences ?**

Par le biais de ce mémoire, nous voulions mener une réflexion sur la violence et tout ce qu'elle peut engendrer. C'est ainsi que notre objectif est de passer en revue tout ce qui a déjà été mis en œuvre pour ensuite réfléchir à des pistes de solutions pouvant diminuer l'impact de cette violence sur la relation entre les soignants et les soignés aux urgences Saint-Pierre de Bruxelles.

Notre but est également de comprendre le ressenti des soignants face à cette violence et tenter de comprendre si cela impacte, et en quoi, leur manière de travailler.

Le présent mémoire est structuré en plusieurs parties :

Le chapitre 1 sera consacré au développement de repères théoriques qui devraient permettre de mieux cerner la problématique de la violence dans un service d'urgence et tout ce qu'elle soulève.

Dans le chapitre 2, nous tenterons de répondre à la question de recherche par le biais d'une méthodologie qualitative.

Ensuite, le chapitre 3, sera consacré aux résultats obtenus grâce à la littérature, aux rencontres avec des experts du sujet ainsi que les entretiens avec les infirmiers de Saint-Pierre.

Pour terminer, dans le chapitre 4, nous discuterons des résultats en triangulant les données recueillies afin de dégager des pistes de solutions pour faire face à la violence aux urgences.

Chapitre 1 : Les repères théoriques

I. La relation soignant-soigné

« Nous ne pouvons négliger que dès que des soins sont prodigués, que des actes sont posés, que des activités sont menées, la relation est là, présente, omniprésente du seul fait du contact d'un professionnel avec les patients, les résidents, et leurs proches. »(HESBEEN, walter, 2018)

Les rôles du soignant et du soigné sont interdépendants, ils ont besoin l'un de l'autre et ont chacun des droits et obligations.

Nous irons même plus loin en soulignant que la relation soignant-soigné n'est pas qu'une relation duale mais est influencée par de nombreux facteurs et de nombreuses personnes gravitant autour (accompagnants, collègues, ...).

Comme le fait remarquer (Formarier, 2007) : « les relations soignants – patients – familles sont donc à la fois codifiées et imprévisibles, ce qui les rend, quel que soit le contexte, toujours délicates. » : un soignant à certaines attentes envers le patients et inversement car leur identités sociales et leurs rôles sont prédéfinis.

(HESBEEN, walter, 2018) fait la distinction entre « une relation de soins », de nature fonctionnelle qui ne laisse pas le choix et concerne tous les soignants dans les actes qu'ils posent, et les différentes formes de soins qu'ils prodiguent, et « la relation de soin » de nature subtile qui renvoie à l'attention particulière portée par ces soignants aux personnes concernées. »

La relation soignant-soigné tente de sortir de la dimension purement technique du soin et accorde de l'importance à l'humain et les interactions se cachant derrière le rôle qu'il joue.

La violence peut venir problématiser cette relation de soins de différentes manières et avoir de nombreuses conséquences.

II. Le soignant

Au travers de ce mémoire, nous avons décidé de nous focaliser sur le ressenti des infirmiers face à cette violence pouvant bousculer la relation qu'ils entretiennent avec les patients et pour cela, il nous semble important de nous concentrer sur le métier de soignant.

La profession infirmière est régie par plusieurs principes éthiques :

- La bienfaisance : faire le bien et agir pour le bien-être du patient : soins de qualité, décisions prises dans l'intérêt du patient le but étant l'amélioration de la santé.
- La non-malfaisance : ne pas causer de tort de manière intentionnelle : minimiser au maximum les risques pour le patient et éviter les soins inutiles.
- L'autonomie : le patient doit être associé le plus possible à sa prise en charge et pour cela il doit être éclairé sur la situation avec des informations adéquates. Le soignant s'adapte aux valeurs et aux préférences du patient.
- La justice : garantir l'accès équitable aux soins et traiter de manière équitable chaque patient.

Le but ici n'est pas de vous faire un cours d'éthique mais de vous exposer l'importance qu'à celle-ci au sein des professions médicales. C'est elle qui est à la base des codes qui régissent les professions du monde des soins de santé et l'éthique est décliné dans les différents domaines pour tenter de répondre aux mieux aux questionnements de chacun dans sa pratique : prendre des décisions justes, agir de manière morale et à réfléchir aux valeurs qui guident nos décisions et actions.

En plus des 4 grands principes cités plus haut, dans le domaine médical, on parle également de :

- Confidentialité : dans la continuité du respect de l'autonomie, il y a le respect du secret médical, ne pas divulguer d'informations sans l'accord du patient
- Intégrité : agir avec honnêteté, ne pas mentir au patient
- Dignité : traiter le patient avec respect et dignité.

La déontologie et l'éthique sont donc des balises que les soignants peuvent utiliser pour tenter de maintenir de bonnes pratiques.

Dans ce mémoire, le terme soignant est utilisé pour désigner les praticiens de l'art infirmier. Le mot soignant est utilisé car le rôle principal d'un infirmier est de « soigner » les patients. Dans ce travail, les termes soignants, praticiens et infirmier renverront donc vers le même sujet.

Le soignant a des droits comme des devoirs et ceux-ci sont développés par Parsons en sociologie :

- Les obligations de compétence, d'utilisation de connaissances universelles, d'être neutre et objectif et enfin l'obligation de faire passer les intérêts du patient avant les siens.
- Les droits de travailler en autonomie et indépendance professionnelle mais également l'accès à l'intimité du corps du malade avec son consentement mais bien souvent ce consentement se transforme en consentement implicite : tendre son bras pour une prise de sang, dans les situations d'urgences vitales, ... Mais dans l'absolu, avant de soigner un patient, celui-ci doit donner son accord.

En milieu hospitalier, un infirmier fait partie d'une équipe, plus ou moins grande, en fonction du service où il travaille.

Une équipe a des projets communs, des liens qui se créent et une cohésion plus ou moins forte en fonction des équipes.

De plus, l'hôpital ne peut pas tourner avec une seule profession, c'est pour cela qu'il existe une myriade de métiers collaborant les uns avec les autres passant du médecin au kinésithérapeute, du technicien de surface au service informatique et passant par le service de sécurité et tant d'autres, ...

Un hôpital représente donc un vrai petit monde, une organisation bien rôdée et toutes ces professions qui collaborent entre elles créent donc également des liens.

C'est important à préciser car cela crée un effet de groupe, tout comme un patient peut arriver avec son accompagnant, un infirmier n'est jamais vraiment seul et a comme entourage ses collègues.

Il n'y a donc pas qu'une interaction entre 1 patient et 1 soignant, en pénétrant à l'hôpital, le patient peut se retrouver à interagir avec de nombreuses personnes différentes.

« Parmi les différentes professions de la santé, les infirmiers sont la catégorie la plus exposée aux violences au travail, cela peut s'expliquer par de nombreux facteurs : la durée du temps passé avec le patient, l'autorité supérieure perçue des médecins par les patients par rapport aux infirmières et son lien avec leur option de soins et de traitement. »(Ferri et al., 2016)

Toutes ces explications nous permettent de davantage comprendre le rôle complexe du soignant et les raisons pour lesquelles les infirmiers sont plus à risque de violences au travail.

Je suis moi-même infirmière et c'est donc pour toutes ces raisons que j'ai décidé de m'intéresser à cette catégorie professionnelle pour le développement de ce mémoire.

III. La violence

(OMS, 2002) définit la violence comme suit : « L'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence. Cette définition comprend aussi bien la violence interpersonnelle que les comportements suicidaires et les conflits armés. Elle couvre également toute une série d'actes qui vont au-delà des actes de violence physique, incluant menaces et intimidation. Outre la mort et les traumatismes, elle englobe la multiplicité des conséquences souvent moins évidentes des comportements violents, comme les atteintes psychologiques et les problèmes de carence et de développement affectifs qui compromettent le bien-être individuel, familial et communautaire »

A travers nos différentes recherches et notamment grâce à (Michaud, 2014), nous constatons qu'il n'y a pas de définition unique de la violence et que celle-ci est compliquée à définir par son caractère subjectif et l'importance des perceptions. C'est un phénomène complexe à appréhender et à étudier : je peux considérer un acte comme violent et l'avoir perçu comme tel alors que quelqu'un vivant la même situation peut percevoir les choses différemment et ne pas définir cela comme de la violence...

Dans ce mémoire, nous avons donc décidé de nous concentrer sur deux formes les plus souvent rencontrées dans le cadre de la relation soignant-soigné :

- Les violences physiques : « La violence physique peut être définie comme toute forme d'attaque comportant une composante physique et impliquant le recours à la force physique contre une autre personne » (Berlanda et al., 2019)
- Les violences verbales : « la violence verbale, sous la forme de mots durs, d'injures, de paroles agressives ou d'une voix élevée, l'intimidation/le harcèlement moral et les menaces écrites ou verbales qui n'entraînent pas de blessures physiques » (Berlanda et al., 2019)

Il existe d'autres formes de violences : les violences morales ou psychologiques, sexuelles, racistes, discriminatoires, sexistes mais celles-ci ne seront pas abordées lors de ce travail car elles sont plus spécifiques et ne rentrent pas dans le cadre des violences que nous souhaitons développer dans ce mémoire.

L'agressivité peut conduire à la violence, et il existe un continuum de comportements allant de l'impatience et de l'énervement aux violences verbales ou physiques, qui sont elles-mêmes graduelles.

IV. La violence dans la relation soignant- soigné et ses différentes étiologies

À la suite de nos nombreuses lectures, recherches et entretiens exploratoires, nous avons pu comprendre que pour tenter de trouver une réponse à notre question de recherche, il était nécessaire d'élargir notre champ de vision car les relations entre soignants-soignés sont interdépendantes et ceux-ci s'influencent mutuellement.

Un patient peut devenir violent car il perçoit de la violence de la part du soignant mais l'inverse est tout aussi vrai et cela peut mener à un cercle d'influence qui ne fait que causer du tort à la relation soignant-soigné.

Il nous paraît donc évident que même si nous comptons nous focaliser sur le ressenti des infirmiers face à la violence qu'ils perçoivent, il est important de comprendre les mécanismes pouvant engendrer de la violence tant du patient vers le soignant qu'inversement.

1. La communication et le manque de communication

- **L'attitude du soignant** n'est pas anodine, la manière de s'adresser au patient, la manière de prendre soin peut influencer le comportement en retour du patient.

« Il y a également la violence générée par l'attitude des soignants qui peuvent être fatigués, surchargés et leur patience et leur empathie diminuent et ils peuvent parfois paraître durs, inhumains ce qui peut entraîner la colère des patients et des familles la posture du soignant » (de Vaux, 2019)

L'attitude du soignant peut donc être une des causes d'un comportement violent d'un patient répondant au sentiment d'être agressé par le soignant.

La manière de communiquer, de soigner peut donc représenter un comportement agressif envers le patient : une manière un peu brusque de tourner un patient, le ton de voix utilisé, les réactions à des attitudes, les regards, les paroles.

La manière de communiquer avec un patient et son entourage va donc influencer la prise en charge et son comportement.

Si un patient perçoit qu'il n'est pas pris au sérieux, qu'on ne l'écoute pas ou qu'on minimise son état... Que ferions-nous à sa place ?

- **Le jargon médical** peut poser un problème car bien souvent, un patient se trouve loin de la routine du milieu médicale : les termes médicaux, le monde scientifique, les examens, ...

Ce monde spécifique peut donc rajouter du stress car il peut ne pas comprendre tout ce qu'on lui raconte ou les décisions thérapeutiques.

- **La barrière de la langue** peut également créer des situations conflictuelles.

« De nombreuses études ont été menées, et certains des facteurs de risques ou associés qui ont contribué à l'augmentation de l'incidence de la violence envers les travailleurs de la santé au cours des dernières années sont (...) manque d'information ainsi que différence de langue et de culture » (Lim et al., 2022)

Dans un moment où la personne se présentant aux urgences souffre mais n'arrive pas à se faire comprendre, il est difficile pour les soignants d'orienter leur prise en charge.

Cela peut donc parfois conduire à des situations où la communication défaille et entraîne un cercle vicieux et peut mener à la violence.

- Il n'y a d'ailleurs pas que la barrière de la langue : 2 personnes parlant la même langue peuvent ne pas se comprendre dans certaines situations. **La communication est un art** que tout le monde ne maîtrise pas et un manque de communication peut engendrer beaucoup de conséquences négatives dans les prises en charge des patients.

2. Les déterminants sociaux de santé

- **La précarité sociale et éducative** sont des déterminants sociaux qui peuvent influencer une prise en charge. « Des patients parfois en rupture avec la société, intolérants aux règles établies veulent imposer leurs lois et exigent une réponse immédiate »(de Vaux, 2019)
Un niveau d'éducation faible influence de manière négative **la littératie en santé** qui est alors associé à un recours inutile ou inadéquat au système de soins de santé.
Ce qui semble logique pour les soignants ne l'est pas forcément pour les patients dont ils s'occupent et cela peut donc créer un fossé dans la relation et donc engendrer de la violence.
- **Les patients intoxiqués** que ce soit par l'alcool ou l'usage de drogues ont souvent des comportements désinhibés dû à leur consommation et cela peut mener vers une escalade des comportements agressifs tant du côté des soignants que des patients qui se trouvent dans un état second : « ils vont avoir des comportements violents, cracher, insulter, uriner sur les pieds des infirmières » (de Vaux, 2019)
- **Les patients souffrant de troubles psychiatriques** peuvent également avoir des troubles du comportement s'expliquant par leur pathologie mais pas seulement.
« Dans le contexte de l'urgence psychiatrique, certains facteurs intrinsèques sont présentés comme étant à la base des comportements violents de la part de patients (ex. abus de substance, psychose, etc.). Mais d'autres éléments tels que la proximité entre patients, le bruit ambiant, les va-et-vient et l'agitation ainsi que l'éclairage cru sont autant de facteurs perturbateurs qui peuvent induire des comportements agités, voire agressifs chez les patients. »(Perron et al., 2015)

- « La violence ne peut être appréhendée indépendamment de critères et de normes. Ces critères et ces normes peuvent être institutionnels, juridiques, sociaux, religieux, quelquefois même personnels. » (Michaud, 2014)

Les normes sociales peuvent varier d'un pays à l'autre mais même d'une personne à l'autre venant pourtant du même endroit, parfois même de la même famille. La vie nous fait évoluer chacun différemment et fait que chacun développe ses propres valeurs, croyances et préjugés.

En tant que soignant, nous vivons également avec nos propres valeurs et celles-ci vont se heurter à celles du patient qui peuvent être totalement différentes.

Parfois la différence peut être telle que la prise en charge se complique.

- Il y a également les **normes attendues d'un patient par les professionnels**. (Freidson, 1984) a d'ailleurs développé le concept de "bon" et "mauvais" malade permettant de comprendre comment un patient pouvait être perçu par les professions de soins. D'après lui, les "bons" patients sont ceux qui se conforment aux attentes des professionnels en suivant les recommandations, en appliquant les traitements, en se montrant collaborant, ... Et de l'autre côté, se trouve les "mauvais" patients, ceux qui remettent en question les conseils, ne suivent pas les recommandations. Ces patients sont vu comme déviants et non conformes à la norme attendue par la profession soignante.

Il y a donc des attentes envers un patient : la société et les professionnels s'attendent à ce qu'un patient se comporte de manière à vouloir guérir et à faire en sorte que cela arrive.

En tant que soignant nous sommes influencés par notre façon de juger le patient et de réfléchir à **sa légitimité dans la maladie** : soignons-nous de la même manière deux patients atteints d'un cancer du poumon dont l'un n'a jamais fumé et l'autre fumeur depuis toujours ?

Cette distinction entre les patients et le fait de les encourager à être de « bons patients » entache parfois leur autonomie et leur empowerment. Nous avons tendance à oublier que nous sommes tous libres de nos choix et qu'un patient a le droit de ne pas vouloir guérir, c'est d'ailleurs explicite dans la loi sur les droits du patient que j'exposerai plus loin. Est-ce que cela fait de lui un mauvais patient pour autant ?

- **Les normes attendues d'un professionnel par le patient** : un patient venant aux urgences s'attend à ce que le personnel trouve une solution à son problème, ils ont souvent des attentes assez fortes et en oublient que la médecine a une obligation de moyen mais pas de résultats.

3. Les facteurs environnementaux, contextuels

- « **Le type de prise en charge** aux urgences peut paraître agressif. A peine arrivé, on va prendre leurs constantes, leur faire une prise de sang et faire plein d'examens, les mettre dans un box, les déshabiller on va vouloir faire tout vite sur le motif de l'urgence à obtenir le résultat et sur le fait qu'il y a beaucoup de patients. Le manque d'explication également aux patients de ce qui va se passer, combien de temps attendre, le manque d'informations accentue l'impression d'abandon la vulnérabilité est donc peut exacerber l'agressivité. » (de Vaux, 2019)

Le service d'urgence est spécifique avec un turn-over de patients énorme. Pour faire face à cette charge de travail, les infirmiers doivent s'organiser pour pouvoir s'occuper d'un maximum de monde. Cela peut être perçu comme violent par certains patients : le temps compté, les actes rapides, la communication des résultats des examens passés peut prendre du temps. Tout cela engendre stress et anxiété chez le patient et son entourage qui attendent de savoir ce qui lui arrive.

- Un patient venant aux urgences est une personne malade, qui est en **situation de dépendance, de non-contrôle et d'insécurité.**

Dans beaucoup de cas, une personne se présentant aux urgences vient parce qu'elle n'a pas d'autres recours, parce qu'elle ne sait pas où aller d'autre et parfois même parce qu'elle est allée voir un médecin généraliste mais que son problème ne s'arrange pas. D'après le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), « Les patients ont des raisons variées de se rendre aux urgences plutôt que chez le généraliste, mais dans la plupart des cas, c'est clairement en raison d'un besoin de soins inattendu pour lequel ils estiment que le service d'urgence est le choix le plus approprié. » (Van Den Heede Koen et al., 2016)

Des personnes viennent également dans des **situations stressantes** (accident de travail graves, symptômes inquiétants, ...), ils se sentent démunis face à leur état et placent leurs espoirs de guérison dans les mains de l'équipe soignante.

Une fois à l'hôpital, l'autonomie du patient est bousculée, on lui dit ce qu'il doit faire, s'il peut manger ou non, cela le met dans une position de dépendance qui n'est pas toujours facile à accepter.

- En tant que soignant nous parlons énormément d'autonomie, « d'empowerment » et pourtant... Nombreux sont les moments où **l'autonomie du patient est mise à rude épreuve**. L'autonomie est une question de consentement éclairé dans les soins. Pourtant, dès qu'il pousse la porte de l'hôpital : on dicte l'heure du souper et comment composer ceux-ci, l'heure des soins, les visites sont restreintes, l'heure du lever est définie en fonction des soins planifiés, De plus, avons un accès privilégié à l'intimité du patient et cela le rends bien souvent dépendant de nous. Tout cela combiné peut changer **la perception qu'il a de lui-même**.
- Lors de l'un de mes entretiens exploratoire, l'accent a pu être mis sur le fait que les patients et soignants n'ont généralement pas la **même représentation de l'hôpital** et cela, les soignants ont tendance à l'oublier. Pour le soignant, l'hôpital est son lieu de travail habituel, faisant partie de sa routine quotidienne. Pour le patient, l'hôpital peut être synonyme de moments heureux, tels que les accouchements, mais dans bien d'autres cas, c'est l'endroit où l'on nous annonce une maladie ou où l'un de nos proches est décédé. On ne se rend donc que très rarement à l'hôpital avec des pensées joyeuses. Ce décalage entre soignants et soignés est donc propice au développement d'incompréhension et peut mener à des situations de violences.
- Nous vivons à **l'ère du « tout, tout de suite »**, notre société est habituée à tout avoir rapidement : une commande internet, une recherche sur google, ... Cela renforce le fait de rencontrer des difficultés à comprendre l'attente qui peut parfois être très longue aux urgences. En moyenne, 4 heures à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, pour une prise en charge complète. L'attente couplée à la douleur et l'incompréhension peut

donc créer de la colère et créer des comportements agressifs chez les patients et leurs accompagnants envers les soignants. Comme expliqué plus haut, la communication a donc toute son importance : communiquer un temps d'attente approximatif, communiquer les raisons d'allongement d'une prise en charge, ...

- **L'environnement des urgences** en tant que tel est **anxiogène** : c'est un service ouvert 24h /24h et 7 jours/7j. On ne refuse personne et cela peut amener le service à être submergé de patients. Il y a du bruit venant de toute part, des odeurs, une promiscuité avec des inconnus parfois eux-mêmes dans un état de nervosité qui va exacerber la nervosité d'autres patients pourtant calmes au départ. De plus, les patients venant aux urgences sont remplis de doute et d'incertitude quant à leur santé, certains viennent pour des motifs qui doivent être traités en toute urgence (Accident vasculaire cérébral, Infarctus). Ces situations extrêmement anxiogènes où la vitesse de prise en charge est de rigueur peut entraîner des comportements agressifs de la part des soignants et des soignés.
- Cet environnement de travail n'offre que très peu de moments de répit, les soignants sont parfois débordés et peuvent se sentir « agressés » par cette **surcharge de travail**. Dans un service d'hospitalisation, le nombre de patients à prendre en charge est limité par le nombre de lits disponibles.
Ici, aux urgences, il n'y a pas de capacité maximale définie. La salle d'attente peut déborder et des ambulances peuvent continuer à affluer et les soignants se retrouvent à devoir prioriser les prises en charges pour s'occuper des « cas » les « plus urgents ». Ce genre de situation peut souvent exacerber la colère des patients car il ne comprend pas toujours pourquoi une personne arrivée une heure après lui est prise en charge avant lui.
- Le service des urgences est **un lieu peu propice au développement d'une réelle relation soignant-soigné**. Les patients sont rarement suivis par le même soignant durant toute la prise en charge. Celui-ci sera donc en contact avec plusieurs soignants au cours de sa venue aux urgences qui ne dure pas plus de quelques heures en général. Cela change des unités de soin où les patients restent généralement plusieurs jours et où une infirmière s'occupe des mêmes patients durant tout son shift horaire : cela

permet de tisser plus facilement une relation de confiance. C'est donc un facteur qui joue sur les risques de développement de comportements violents.

- Les soignants ne voient pas le mal dans leurs soins et pourtant comme l'explique (Marin, 2013) dans « l'homme sans fièvre », de nombreux gestes anodins peuvent être perçus comme « violent » et les soignants légitiment « la violence » du soin grâce à sa finalité. Le soin vise à soulager le patient mais pour autant, faire de ma médecine sans violence est compliqué : piqûres, incisions, ...

La violence peut également être morale dans les soins : la nudité, le manque de pudeur. L'intimité est chamboulée et les intrusions se font diverses allant de questions intimes à examens médicaux nécessitant de percés les barrières de l'intimité (toucher vaginal, colonoscopie,).

D'ailleurs, lorsqu'on y regarde de plus près, le monde médical n'est pas toujours des plus tendre. Le vocabulaire utilisé fait souvent référence à des mots à connotation violente : lutte contre le tabagisme, combat contre la maladie.

Nous comprendrons donc que même si cela est involontaire, **le soin en lui-même peut représenter une sorte de violence** : la médecine et le soin, c'est en quelque sorte faire le mal au nom du bien.

En conclusion, l'étiologie de la violence aux urgences est extrêmement variée et peut émaner tant du patient, de son accompagnant que des soignants.

Nous sommes tous des humains et nous devons vivre avec nos émotions et il n'est pas toujours possible de les gérer en fonction des situations.

Il est donc important de tenir compte de tout cela pour tenter de comprendre que la violence va au-delà d'un comportement assuré et désiré. Certains le seront de manière consciente et cela souvent dans le but d'obtenir ce qu'ils veulent. Cependant, dans de nombreux autres cas, la violence émerge d'un débordement émotionnel difficilement contrôlable.

Les violences sont de natures et de gradations différentes : insulter quelqu'un n'est pas comparable à passer à tabac. Cela ne signifie pas que l'une est moins grave que l'autre, ni qu'il faut minimiser l'impact des insultes. Cependant, cela souligne que la nature et la gravité des agressions varient (verbales, physiques, ...) et que leur intensité diffère : passant de crier à injurier ou passant de bousculer à ruer de coups et que les conséquences en fonction de cette nature et de cette gradation pourront donc également varier.

V. Le service des urgences est-il plus enclin aux comportements agressifs ?

« Les services d'urgences et de psychiatrie sont à risque accru de violences au travail. Les services d'urgences préhospitaliers sont également concernés par cette problématique. Alors que 5 % à 20 % des travailleurs européens ont rapporté des violences au travail, ce chiffre atteint 81 % chez les personnels des services d'urgences. »(Casalino et al., 2015)

Ouvert 24heures/24 et 7jours/7, le service des urgences accueille des patients venant de tous les horizons : venant de leur propre initiative, d'autres venant en ambulance, certains sont envoyés depuis les consultations ou référés par leur médecin généraliste. La police peut également amener des patients dans le cadre de procédures spécifiques. Le service regorge donc de patients venant de toute part et pour des motifs avec des degrés d'urgences différents. Les patients affluent de toute part et le nombre de patient à traiter par jour est aléatoire et incontrôlable.

L'afflux de patients se produit dans des locaux aux capacités architecturales limitées. Le nombre de boîtes de consultation et de lits est restreint, tandis que les admissions aux urgences demeurent illimitées.

Le personnel soignant est également limité : le nombre d'effectifs ne s'ajuste pas en fonction du nombre d'admissions aux urgences. Il revient au personnel de s'adapter à l'afflux de patients.

Ainsi, les ressources limitées doivent répondre à un flux de patients illimité, entraînant des attentes prolongées pour les patients, souvent contraints de partager des espaces restreints dans les couloirs.

A la différence d'une unité d'hospitalisation pour laquelle la fréquentation est définie par le nombre de lits se trouvant dans l'unité.

Les motifs d'admissions aux urgences sont très variables allant d'une douleur à la gorge jusqu'au patient présentant des signes d'infarctus : il y a donc urgence et urgence relative, tout n'est pas motif à se rendre aux urgences et pourtant... nombreux sont les patients qui se présentent aux urgences pour un motif qui ne l'est pas. Cela fait donc augmenter le nombre d'inscription et augmente le temps d'attente.

« L'indicateur national en la matière estime à 4 h le délai moyen d'attente toutes prises en charge confondues. Ce délai atteint fréquemment 8 à 10 heures dans certains services : c'est

long et anxiogène et cela peut générer l'incompréhension des patients ou de leurs accompagnants qui confondent urgence ressentie et urgence réelle. »(Ferrari, 2013)

Les urgences sont également le lieu de refuge des patients précaires, ceux qui ne savent pas où aller, ne savent pas où dormir. Nombreux d'entre eux sont amenés par ambulance parce qu'un badaud a appelé le 112 en voyant la personne dormir au sol.

Cette unité accueille également toute sorte de patients souffrant de comorbidités différentes : problèmes psychiatriques, addictions, intoxications diverses, patients déments, patients dépendants par leur âge et dégradation de leur état général, ...

C'est une population hétérogène qui oblige les infirmiers à s'adapter à chaque situation.

Enfin, en plus de tout ce monde, il ne faut pas oublier l'entourage du patient, qui, tout aussi inquiet que lui, l'accompagne et attend impatientement de savoir ce qui arrive à son proche. Cela rajoute donc du monde dans un service déjà bien rempli. Tout en sachant que comme expliqué plus haut, l'accompagnant est généralement tout aussi stressé que le patient et qu'il peut être donc plus enclin à faire les 100 pas, venir poser des questions au bureau infirmier, être agacé par le temps d'attente, ...

Ce contexte si particulier aux urgences engendre donc un environnement peu enclin à la sérénité et propice au développement de violence.

VI. La violence aux urgences ? un évènement sous déclaré ?

« L'incidence des comportements violents envers les travailleurs de santé augmente dans le monde entier. Difficile d'évaluer l'ampleur du problème car il est sous-déclaré, le personnel considère la violence comme faisant partie de leur travail »(Berlanda et al., 2019)

Nombreuses sont les raisons qui font que la violence est sous-déclarée sur le lieu de travail.

Comme cité ci-dessus, l'une des premières raisons est le fait que beaucoup de soignants se sont « habitués » à cette violence routinière et que certains en viennent même à penser que celle-ci est normale, ils ne voient donc pas la nécessité de signaler ces comportements.

D'autant qu'il y a toute une gamme de violences, de la plus « insignifiante » à la plus sévère.

De plus, les procédures ne sont pas toujours simples ou intuitives, elles peuvent parfois prendre du temps et cela décourage le personnel.

Il y a également la peur qui peut démotiver un soignant à signaler un acte agressif : peur des représailles, peur du jugement, ...

Les données limitées ne permettent donc pas de visualiser clairement la réelle ampleur du phénomène.

VII. Les conséquences possibles de la violence dans la relation de soins

« La violence au travail va avoir un impact sur la carrière des travailleurs, sur leur capacité à prendre des décisions, à accomplir leurs tâches quotidiennes et elle réduit leur engagement envers de bonnes pratiques. Elle sape leur confiance en leur propre capacité, conduit à une augmentation des erreurs et même à des fautes professionnelles dans des cas extrêmes donc il est possible que cela contribue à une baisse de la qualité et de l'efficacité du système de santé »(Berlanda et al., 2019)

Les conséquences de ce climat de violence sont graves, on comprendra que cela entraîne des répercussions sur les soignants, les patients et le système de soins de santé.

Les retombées sur les soignants sont désastreuses que ce soit au niveau professionnel mais également sur leur vie privée : troubles du sommeil, irritabilité jusqu'à la reviviscence du traumatisme de l'agression.

Nous parlons ici de conséquences extrêmement graves pour la profession infirmière qui est déjà en péril au vu de la pénurie qui ne fait qu'augmenter. Le fait que les violences au travail poussent les gens au burn-out voir à l'arrêt de la profession ne fait qu'accentuer cette pénurie.

C'est un cercle vicieux car moins de personnel amène à une surcharge de travail qui mène elle-même à un risque de diminution de la qualité des soins qui peut engendrer un mécontentement et des situations de violence.

La prévention des comportements violents devrait donc être une priorité pour les managers d'équipes et les directions car celle-ci déstabilise le service et va générer de nombreuses répercussions sur l'ensemble des travailleurs et usagers.

Il est important pour le développement d'une réelle politique de prévention de la violence d'agir tant du côté des soignants que des patients.

VIII. Conclusion de la partie théorique

En conclusion, ces recherches se basaient, au départ, sur le désir de parler de la violence des patients envers les soignants. Pourtant, au fil des recherches, nous avons pu constater que la violence dans la relation soignant-soigné est un tout et que chaque acteur joue un rôle. C'est un cercle vicieux qui va dégrader tant les relations que les conditions de travail et la qualité des soins.

Nous mettrons l'accent sur le fait que pour tenter de répondre à notre question de recherche, il est important de comprendre les différentes étiologies de la violence dans cette relation.

Pour agir sur cette violence, la mise en place d'une réelle politique de prévention est indispensable.

Ces repères théoriques nous ont donc permis d'approfondir nos connaissances sur le sujet afin de nous guider pour la suite de ce travail.

Nous tenons à rappeler que pour ce mémoire, nous nous concentrerons donc sur le ressenti des soignants face à cette violence et les mesures pouvant être mise en place afin de travailler positivement sur ce ressenti.

Nous travaillerons donc sur la question de recherche suivante :

Comment prévenir les comportements violents et améliorer les relations de soins aux urgences ?

CHAPITRE 2 : Matériel et méthodes

Les enjeux de la violence dans la relation soignant-soigné sont nombreux. Dans la partie théorique, nous avons pu mettre l'accent sur les diverses étiologies de cette violence et sur le fait que ce problème sérieux engendre de nombreuses conséquences tant sur la qualité des soins que sur le métier d'infirmier.

Pourtant, cette violence est de plus en plus décrite dans la littérature, de nombreuses pistes de solutions sont proposées mais celle-ci reste malgré tout omniprésente.

L'objectif étant de déterminer les facteurs influençant la violence aux urgences et pouvoir trouver des leviers afin de proposer une politique de gestion de la violence durable et pérenne.

La violence ne disparaîtra jamais totalement mais œuvrer pour mieux comprendre ce phénomène et tenter d'en réduire la fréquence et l'impact ne peuvent être qu'un objectif de santé publique profitable pour les soins de santé tant pour les patients que les soignants.

Pour tenter de répondre à notre question, il nous a semblé que la recherche exploratoire qualitative était la méthode la plus adaptée pour comprendre le phénomène à partir du vécu des acteurs.

Afin d'augmenter la généralité de nos données, nous avons décidé d'utiliser différentes méthodes afin de trianguler nos résultats :

1. Une recherche documentaire
2. Des entretiens avec des témoins privilégiés
3. Des focus group avec les infirmiers des urgences de Saint-Pierre
4. Des entretiens avec les infirmiers de Saint-Pierre

Notre terrain d'étude se situe donc à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles et plus particulièrement aux urgences. Il nous a donc semblé important, avant de vous décrire davantage notre démarche de collecte, de contextualiser ce mémoire.

I. Contextualisation

Nos recherches documentaires avaient une portée internationale mais ce mémoire se concentre sur un service d'un hôpital public bien particulier à Bruxelles : les urgences de Saint-Pierre à Bruxelles.

Il nous semble donc important de faire un zoom sur ce qu'il se passe en Belgique à propos de la violence dans la relation soignant-soigné. Ensuite, nous zoomerons un cran en plus sur les urgences de Saint-Pierre (HSP)¹.

1. Quelques chiffres

Comme expliqué, les chiffres communiqués sont ceux des événements déclarés mais nombreux sont ceux qui ne le sont pas. Ces chiffres restent donc la surface émergée de l'iceberg...

« Les estimations internationales soulignent qu'environ un travailleur de la santé sur deux dans le monde a été touché par la violence une fois au cours de sa vie professionnelle et jusqu'à 38 % subissent des violences physiques à un moment donné de sa carrière » (Kuhlmann et al., 2023)

Mais qu'en est-il en Belgique ?

Pour tenter de vous transmettre quelques chiffres belges, nous avons pu mettre la main sur une étude menée en Belgique où 3726 médecins ont complété un questionnaire concernant la violence au travail : « 84% des participants ont été victimes d'agressivité au cours de leur carrière, et 37 % ont vécu cette expérience au cours des 12 mois précédents. »(De Jager et al., 2019)

La quasi-totalité des répondants ont donc été confronté à de l'agressivité au cours de leur carrière. Ces chiffres parlent des médecins ce qui ne laisse que présager des chiffres allant dans le même sens pour les infirmiers.

L'institut VIAS² a mené une étude en 2022 sur « les violences et agressivités à l'encontre des travailleurs exerçant dans la fonction publique ». Il y a eu 836 participants belges venant de

¹ HSP : hôpital Saint-Pierre

² VIAS : institut de connaissance indépendant qui agit comme une référence pour les citoyens, les instances publiques et les entreprises afin d'améliorer la sécurité routière, la mobilité, la sécurité et la santé.

toute part en Belgique et de professions différentes : pompiers, ambulanciers, infirmiers du service d'urgence, ... Cette étude prend donc en compte d'autres métiers que celui d'infirmiers mais permet de faire un zoom sur le monde des urgences que ce soit à l'hôpital ou en dehors de celui-ci car pour rappel, des patients peuvent être amenés aux urgences en faisant appel au 112.

(Verwee Isabel, Dormaels Arne et Vermeulen Christophe, 2022) nous démontrent grâce à leur enquête que, comme décrit dans la littérature, l'agressivité verbale est davantage présente mais ce qui est préoccupant c'est la régularité quasi quotidienne de celle-ci dans de nombreux témoignages au vu des chiffres : 40.2% des 836 répondant rapportent le fait de se faire insulter quotidiennement.

Les différentes statistiques trouvées dans la littérature sont plus qu'alarmants et nous permettent d'affirmer que notre sujet est important pour le monde de la santé publique.

2. Les urgences de Saint-Pierre de Bruxelles

L'hôpital de Saint-Pierre de Bruxelles est un hôpital public universitaire situé au plein cœur de Bruxelles dans les Marolles.

Les valeurs de Saint-Pierre sont : « Respect-Engagement-Qualité-Solidarité-Innovation ». A ce titre, il est important pour l'hôpital d'offrir des soins de qualité accessible à tous qu'importe leur origine, leurs convictions, leur conditions sociales, ...

Au vu de sa situation géographique, le bassin de soin est complexe et l'institution accueille entre autres une patientèle socialement défavorisée avec une barrière linguistique.

De plus, les urgences adultes et enfants sont séparées et les urgences adultes n'accueillent que des patients âgés de plus de 15 ans.

La moyenne d'âge des patients se présentant aux urgences est de 25 à 35 ans, c'est une tranche d'âge particulière qui n'a pas la culture du médecin traitant car nombreux d'entre eux se considèrent en « bonne santé » et ne voient pas la nécessité d'avoir un médecin traitant.

La moyenne d'inscription journalière aux urgences est de 180 passages et fait de Saint-Pierre, le service d'urgences le plus actif du réseau IRIS auquel il appartient.

Cela fait énormément de monde pour un service avec une architecture limitée.

Les urgences (unité 604) de Saint-Pierre compte :

- 1 salle d'attente principale
- 2 pièces de triage ainsi qu'une salle disposant de 3 civières pour augmenter la capacité de triage
- 4 lits de réanimation
- 9 lits de médecine + plusieurs brancards disposés dans les couloirs
- 3 lits de chirurgie + 2 lits en zone d'attente
- 1 zone de psychiatrie avec 2 salles d'entretiens et 2 cabanons
- 1 box gynéco – 1 box de stomatologie – 1 box d'ophtalmologie
- 1 unité d'hospitalisation (504) faisant partie des urgences et disposant de 12 lits dont 4 réservés pour la psychiatrie

Nous avons réussi à nous procurer un plan des urgences pour faciliter la visualisation.

(Annexe I)

a. L'équipe infirmière des urgences de Saint-Pierre

L'équipe est hétérogène et est composée de plus de 63 infirmiers (28 hommes et 35 femmes)³ avec des profils très différents (âges, temps de carrière, temps de travail, ...).

Le turn-over dans l'équipe est assez marquant, certains ne restent que quelques années amenant l'équipe à se renouveler régulièrement. Nous n'avons pas pu obtenir d'idée de rotation annuelle de l'équipe mais d'après l'un des chefs, elle n'est pas alarmante au vu du nombre d'infirmiers dans l'équipe.

Cependant, garder un temps plein à Saint-Pierre est compliqué au vu de la charge de travail, de nombreux infirmiers diminuent leur temps de travail au bout de quelques années. La majorité des temps plein sont effectués par les nouveaux arrivants.

b. Quelques chiffres de la violence à Saint-Pierre

A la suite d'entrevue avec le coordinateur de la sécurité ainsi que le conseiller en prévention de Saint-Pierre, nous pouvons révéler que le service de gardiennage intervient en moyenne 2 fois

³ Nous constatons que cette situation n'est pas habituelle. Selon Statbel, 85.4% des soignants sont des femmes en Belgique. Or la part d'hommes dans l'équipe des urgences de Saint-Pierre est de plus de 40%.

par jour dans l'hôpital pour diverses raisons (violences verbales, violences physiques, menaces, vols, personnes « indésirables », ...)

Dans leur politique de prévention de la violence, ils décrivent les types d'agression et ils spécifient le fait qu'il y a une prépondérance marquée pour les agressions verbales.

Au niveau de la violence, le service des urgences explose les demandes et est le requérant numéro 1 du service de gardiennage : sur l'ensemble de l'hôpital, plus de 40% des demandes d'interventions viennent des urgences.

Les derniers chiffres datant de 2020 ont comptabilisés les déclarations connues de violences au sein de l'hôpital. 77 violences physiques ont été comptabilisées sur 10 mois (de janvier à octobre) et 253 violences verbales. Sachant que ces chiffres ne sont que la partie émergée de l'iceberg des personnes prenant le temps de déclarer.

3. Législation belge existante autour de notre problématique

L'un des objectifs de ce travail étant d'apporter des pistes de solutions permettant d'améliorer les relations de soins aux urgences, il nous paraît important de développer les aspects légaux régissant les rapports entre patients et professionnels de santé.

a. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

En Belgique, un patient a des droits : droit à des prestations de qualité, le respect de sa dignité et son autonomie et cela sans distinction.

Mais il a également des devoirs : faire preuve de bonne foi et contribuer aux soins.

Cette loi rend également obligatoire **le droit à la médiation** dans tous les hôpitaux

Ce service est un relais entre le patient et l'hôpital. Leur rôle est de rétablir le dialogue et de trouver ensemble des solutions dans les parties de la prise en charge qui ne se sont pas déroulées de la manière attendue et d'arriver à un consensus en cas de désaccord.

La médiation tente donc par le biais de la communication d'éviter les plaintes mais pas seulement : si aucun consensus n'est trouvé, la médiation se charge d'informer le plaignant d'autres possibilités existantes pour sa demande.

b. Le code de déontologie et l'éthique

La profession infirmière est régie par un code de déontologie.

(CODE DE DEONTOLOGIE DES PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER BELGES, 2017) est donc un texte qui tente de mêler éthique et morale afin de formuler des normes pouvant guider les infirmiers dans une pratique professionnelle considéré comme le minimum attendu de leur part. Cela dans le but de « garantir aux bénéficiaires des soins, à leur entourage, aux autres professionnels de soins de santé, aux praticiens, aux employeurs et à la société la qualité des soins et l'attitude adéquate qu'ils attendent des infirmiers ».

Ce code fait, par exemple, mention du fait qu'un infirmier dans les limites légales, peut mettre fin à la relation de soins pour des raisons motivées mais doit en préciser les raisons et s'assurer de la continuité des soins. Attention cependant aux cas urgents où l'infirmier doit alors assumer la prise en charge tant qu'un autre professionnel n'a pas pris le relais.

L'infirmier doit également respecter le patient et son entourage et s'abstient de comportements agressifs. Il n'utilisera la force, la contention ou l'isolement qu'en situation d'auto-défense ou lorsque le patient est un danger pour lui ou les autres. Tout cela devra être justifié, proportionné et consigné dans le dossier infirmier.

De nombreuses autres recommandations sont faites mais celles-ci nous semblent les plus pertinentes pour le développement de ce mémoire.

c. Le code pénal

Les violences physiques sont condamnées par la loi belge et des sanctions pénales peuvent donc être envisagées pour des infractions liées aux coups et blessures.

Les articles allant du 398 au 409 traitent des différentes condamnations possibles en fonction des conséquences des actes (incapacité de travail, maladie incurable, ...). Ces sanctions vont d'une amende à une peine d'emprisonnement.

Depuis 2007, l'article 410bis du code pénal permet la mise en place d'une « circonstance aggravante » envers la personne commettant des **coups et blessures envers les infirmiers**,

médecins, ... et depuis 2022 cette mesure s'est étendue pour tout le personnel ayant une fonction « sociétale ».

Le code pénal prend donc des mesures supplémentaires pour punir avec davantage de sévérité les personnes commettant des coups et blessures envers le personnel soignant.

L'article 416 traite de la **légitime défense** en expliquant qu'une personne n'est pas pénalement responsable de ses actes si elle agit de manière nécessaire et proportionnée pour se défendre d'une agression mais à certaines conditions bien précisées dans la loi.

d. La législation sur le bien-être au travail 4 aout 1996

Cette loi définit ce qu'est le bien être au travail avec différentes thématiques : sécurité, santé (médecine du travail), hygiène industrielle, ergonomie, embellissement des lieux de travail, aspects psychosociaux (relation entre collègues, horaires...). En résumé : tout ce qui peut avoir un impact sur le bien-être des travailleurs sur leur lieu de travail.

Les arrêtés royaux de cette loi forment le Code sur le bien-être au travail cela permet d'appréhender de manière concrète la loi car c'est un domaine en constante évolution depuis 1996.

C'est également cette loi qui oblige les institutions à tenir un registre des faits de tiers et donc le fameux document de « déclaration » des faits de violence.

Il existe également une obligation légale de faire de la coordination par rapport aux risques, c'est-à-dire que chaque institution, en fonction des risques qu'elle rencontre, doit faire en sorte que les mesures de protections soient appliquées.

Ces différents rôles sont assumés par le SIPP (service interne pour la prévention et la protection au travail) au travers de plusieurs missions et notamment l'analyse des risques et la recherche de solutions afin d'éviter les dommages sur les travailleurs.

e. Les politiques internes des hôpitaux

Les hôpitaux peuvent avoir des politiques internes spécifiques pour faire face aux violences : formation, service de sécurité, ...

L'existence d'un protocole interne de gestion de la violence peut exister dans certaines institutions mais n'est pas obligatoire.

Dans la base de données de Saint-Pierre appelée « Ennov », en tapant le mot « violence », on peut trouver différentes procédures :

- La procédure à suivre en cas d'agression dans l'hôpital

Cette procédure décrit la manière dont le personnel doit réagir en cas d'agression : l'utilisation de bip, bouton d'alarme, du numéro d'urgence pour prévenir la sécurité.

Ils décrivent également les différents types d'agression (frustration, émotionnelle, pathologique, instrumentale) et la manière d'y faire face et ils encouragent la déclaration des événements.

- La politique de prévention de la violence

Cette procédure décrit le rôle de chaque intervenant (personnel témoin, gardiennage, victimes, la ligne hiérarchique) ainsi que le suivi des déclarations.

Ils déclarent faire une analyse de chaque événement déclaré ce qui sert à chercher de nouvelles mesures de prévention et à faire des statistiques. Ils font également des visites annuelles des lieux de travail pour réaliser des enquêtes.

- La procédure de déclaration des agressions

Ils insistent sur le fait de déclarer tout événement violent et expliquent la marche à suivre et les objectifs que poursuivent les déclarations.

En rencontrant le responsable du SIPP de Saint-Pierre, j'ai pu également apprendre quelques procédures qui sont occupées à voir le jour dans l'hôpital.

Depuis quelques années, ils tentent de mettre une procédure de « blacklistage » mais celle-ci n'est pas encore totalement mise au point et donc pas encore publiée dans la base de données.

Saint-Pierre a décidé de prendre des mesures par rapport aux patients violents en tenant à jour un tableau avec le nom des patients et les faits de violence qui leur sont reprochés. En fonction de la gravité et de la répétition, différentes mesures sont mises en place : rappel à l'ordre, courrier notifiant le rappel à l'ordre, exclusion partielle d'un service, exclusion à plus long terme.

Il y a encore quelques années la création d'une telle procédure était interdite mais les services juridiques des hôpitaux semblent soutenir Saint-Pierre dans cette démarche pour que celle-ci

devienne légale. D'autres hôpitaux utiliseraient les mêmes méthodes d'après le responsable du SIPP de Saint-Pierre.

f. Collaboration avec les autorités compétentes

Pour que certains faits de violence se produisant à l'hôpital puissent être poursuivis au pénal, les autorités compétentes doivent pouvoir être mises au courant. Pour cela, les hôpitaux doivent pouvoir collaborer avec la justice et plus particulièrement avec la police.

g. La loi « Jambon » du 02 octobre 2017

Anciennement appelée « loi TOBBACK » de 1990, cette loi régit tout ce qui a trait à la sécurité privée et au gardiennage : leur travail consiste donc au maintien de la sécurité dans des lieux accessibles ou non au public.

L'hôpital Saint-Pierre dispose d'un service de gardiennage privé et à la suite d'un entretien exploratoire avec leur coordinateur de sécurité, j'ai pu réaliser à quel point il est important de connaître les lois qui régissent la sécurité dans un hôpital et les règles que son personnel doit appliquer. Car comme tout métier, le service de gardiennage a des obligations et des limitations à respecter : ils sont là pour porter assistance en cas de danger, prévenir les dangers sans pour autant avoir recours à quelque forme de violence ou contrainte au risque de s'exposer à des représailles.

Le travail des agents de sécurité reste avant tout « la médiation et la recherche de solution à l'amiable ».

II. Nos méthodes de collecte des données

1. La recherche documentaire

Pour débiter l'exploration de notre sujet, nous avons débuté par une recherche documentaire afin d'en apprendre davantage sur la violence.

La méthode PICOC nous a semblé la plus adaptée afin de choisir des mots clés nous permettant de cibler nos recherches dans des bases de données documentaires scientifiques.

- Population / problème : Soignants / infirmiers ; Patients ; Violence / violence au travail
- Intervention évaluée : Relation de soin/ impact de la violence
- Comparaison : Relation de soin de qualité / relation de soin sans violence / humanisation dans les soins
- Outcome : Amélioration de la relation soignant-soigné / diminution de la violence dans la relation soignant-soigné
- Contexte : Service des urgences

Ce travail de recherche nous a permis de travailler sur le « knowledge gap » c'est-à-dire nous informer sur ce qu'on ne sait pas : la violence est un sujet vaste et complexe. En tant qu'infirmière, nous sommes souvent confrontés à des comportements de ce type mais ces recherches nous ont permis de nous ouvrir à de nombreuses pistes et de nombreux concepts inconnus.

Nous avons effectué nos recherches dans les bases de données Pubmed et Cairn pour trouver des documents publiés entre 2013 et 2023. La bibliographie de certains documents nous a également orienté vers des documents plus anciens.

Certains des cours dispensés lors de l'année 2022-2023 nous ont également permis de développer certains passages de ce mémoire.

2. Des entretiens avec des témoins privilégiés

Cependant, il nous semblait que nos recherches manquaient de corps et cela a pu être comblé par le « reality gap » qui, grâce à différents entretiens, est venu combler et nuancer certaines de nos recherches. Nous considérons ces différents intervenants comme « témoins privilégiés » car ils ont tous une expertise dans le domaine de la violence ou dans le domaine des urgences.

▪ Entretiens exploratoires

- Grynepas Sébastien, psychologue et formateur pour « Crime Control »
- Peeters Maxime, fonctionnaire de police et formateur pour « Sérís Academy »
- Yahya Jdidi Najib, le coordinateur sécurité de l'hôpital Saint-Pierre

- Entretiens menés lors de la partie pratique
- Monsieur Thys, médecin aux urgences de grand hôpital de Charleroi et enseignant à la faculté de santé publique de l'Université Catholique de Louvain.
En raison de sa grande expérience pour croiser son vécu par rapport à celui des acteurs de notre terrain. Au vu de notre choix de nous consacrer aux urgences d'un seul hôpital, il nous semblait tout de même important d'interroger un acteur externe pour avoir la vision d'un témoin ne travaillant pas aux urgences Saint-Pierre.
- Monsieur Denies Gaetan, un des chef infirmier des urgences de Saint-Pierre. Car en plus de sa propre expérience en tant que soignant, il a un regard privilégié sur l'équipe qu'il gère.
- Monsieur Constant Hughes, un des chef infirmier des urgences de Saint-Pierre. Pour les mêmes raisons que son collaborateur.

Pour chacun de ces témoins privilégiés, un guide d'entretien a été élaboré et adapté à leur profession avec des questions ouvertes afin de favoriser la liberté d'expression.

Chaque entretien a été enregistré et intégralement retranscrit avec l'accord préalable de chaque témoin. Ils ont tous accepté que leur nom soit cité dans ce travail de mémoire.

3. Un focus group avec des acteurs de terrain

La décision d'organiser un Focus Group s'est présentée comme un moyen d'aborder un sujet pouvant se révéler compliqué en offrant la possibilité aux participants ayant davantage de difficultés à s'exprimer de s'appuyer sur la parole des autres pour faciliter l'expression de leurs propres idées.

L'idée de base était d'organiser 2 Focus Group. Cependant, l'organisation de ceux-ci s'est révélée plus complexe que prévue. Comme expliqué précédemment, l'équipe fait face à un turn-over relativement important. Depuis le mois d'octobre, les urgences ont accueilli une dizaine de nouveaux infirmiers. Mes 2 seuls critères d'inclusions pour la participation étaient d'avoir une ancienneté supérieure à 3 ans et ne pas déjà avoir été interrogé lors d'un entretien semi-directif individuel. Pour faciliter la participation, il était préférable d'organiser ce groupe de parole après un shift de travail plutôt que de faire revenir des infirmiers lors d'un jour de congé.

La sélection de la date s'est donc faite en fonction de la grille horaire en sélectionnant un jour où il y avait le plus d'infirmiers répondant aux critères.

Nous avons donc préalablement convié 6 infirmiers, travaillant ce jour-là et répondant aux critères, par invitation via les réseaux sociaux. Ils ont tous répondu favorablement pour participer au Focus Group du dimanche 3 mars 2024.

Ce moment s'est déroulé dans un petit bureau autour d'une table ovale. Nous avons prévu un petit goûter afin de rendre le moment convivial. La modératrice (la mémorante) était accompagnée d'une collègue récemment diplômée en santé publique qui jouait le rôle d'observatrice.

Un topic guide a été utilisé afin de balayer l'entièreté du sujet. En entamant la rencontre, la modératrice a introduit la discussion en rappelant le sujet, en expliquant les modalités pratiques relatives à l'enregistrement et l'anonymisation des retranscriptions. Le temps prévu était de 2 heures et était volontairement élargi pour avoir le temps de passer le sujet en revue et garantir le respect de l'horaire. Le Focus Group aura duré 55 minutes et s'est déroulé dans une bonne ambiance.

4. Des entretiens avec des acteurs de terrain

Nous avons mené des entretiens qualitatifs semi-dirigés avec des infirmiers exerçant aux urgences de l'hôpital Saint-Pierre. L'objectif était de recueillir leurs impressions, avis et sentiments concernant la violence dans la relation entre soignants et patients. Nous avons également cherché à mettre en lumière les défis auxquels ils sont confrontés et à recueillir leurs recommandations en vue d'élaborer une politique efficace de gestion de la violence.

- La stratégie d'échantillonnage et de recrutement était la suivante :

- Les critères d'inclusion :

- Être infirmier avec ou sans spécialisation en Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente (SIAMU),
- Avoir une ancienneté aux urgences de Saint-Pierre de plus de 3 ans

- Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Infirmier en vacances, en congés, ou en arrêt maladie.
- Infirmiers intérimaires, étudiants et/ou stagiaires

Nous pouvons parler d'un échantillon raisonné : j'ai sélectionné les répondants selon leur ancienneté dans le service, la catégorie d'âge variée, avec des tempéraments différents. J'ai également décidé d'interroger certains infirmiers avec des expériences de violences subies. Cette sélection s'est faite de manière à garder un maximum de pertinence et de tenter de se rapprocher d'un échantillon « représentatif » du service.

a. Présentation de notre échantillon

Afin de garantir l'anonymat de nos participants tout en présentant un échantillon clair de nos répondants de terrain, nous avons décidé de regrouper l'ensemble de nos interviewés (focus group et entretiens semi-directif) dans un même tableau. Nous y intégrons également les 2 chefs afin que certains de leurs propos puissent être utilisés de manière anonyme.

Tableau 1 : Répartition des répondants en fonction de leur âge, de leurs années d'ancienneté

Répondant	Sexe	Ancienneté aux urgences
Répondant A	Homme	> 10 ans
Répondant B	Femme	>10 ans
Répondant C	Femme	< 10 ans
Répondant D	Femme	< 10 ans
Répondant E	Femme	< 10 ans
Répondant D	Homme	> 10 ans
Répondant G	Homme	>10 ans
Répondant H	Homme	>10 ans
Répondant I	Femme	>10 ans
Répondant J	Homme	> 10 ans
Répondant K	Homme	>10 ans
Répondant L	Homme	>10 ans
Répondant M	Homme	>10 ans
Répondant N	Homme	>10 ans
N = 14 répondants		

L'ancienneté et l'âge sont divisés par tranches et ceci dans un souci d'anonymisation des participants interrogés lors du focus group et lors d'entretiens individuels.

5. Collecte et analyse des données

Pour la réalisation de ces entretiens, nous avons, tout d'abord, élaboré un guide d'entretien basé sur nos recherches documentaires et entretiens exploratoires.

Dans un premier temps, afin de nous assurer de la bonne compréhension des questions du guide, nous l'avons testé auprès d'une infirmière qui a, après coup, été exclue de notre étude car elle ne rentrait pas dans nos critères d'inclusion.

Ensuite, nous avons contacté les infirmiers sélectionnés afin de s'assurer de leur consentement à participer et afin de fixer un moment pour l'interview. Certaines interviews se sont déroulées via Teams, sur le lieu de travail ou au domicile des répondants. Les entretiens semi-dirigés ont duré entre 25 et 60 minutes en fonction des interviewés et ont été enregistrés avec l'accord préalable de chaque participant.

Les entretiens ont été anonymisés et intégralement retranscrits selon les recommandations formelles de l'université.

En relisant chaque entretien plusieurs fois, nous avons pu faire ressortir des thèmes émergents que nous avons décidé de synthétiser sous la forme d'« arbres thématiques ».

Pour tenter de répondre à notre question de recherche, nous avons décidé de chercher la réponse en subdivisant la thématique de la violence en différentes sous-catégories devant normalement nous aider à structurer nos idées.

L'ensemble de cette méthodologie nous a permis de structurer nos résultats qui seront abordés dans le chapitre suivant.

Nous avons donc développé 4 arbres différents (annexe II) :

Arbre A : cet arbre permet de décortiquer les différentes idées de nos interviewés afin de mieux comprendre les sources des comportements violents ainsi que les types de violences.

Arbre B : Au fil de nos entretiens, nous avons pu nous rendre compte de la multitude de facteurs pouvant faire émerger de la violence dans la relation soignant-soigné. Nos interviewés ont pu mettre des mots sur de nombreuses causes. Pour rendre cette rubrique-là plus compréhensible possible, nous avons décidé de diviser les causes abordées de la même manière que notre cadre théorique, en le divisant en 3 grandes catégories.

Arbre C : La rubrique des conséquences est abordée selon 2 grandes sous-catégories : les conséquences sur la vie personnelle et celles sur la vie professionnelle.

Arbre D : Les solutions mises en avant par nos interviewés ont été développées selon la même catégorie que les causes de violence afin d'être le plus cohérent possible dans les diverses propositions.

6. Préconceptions

Avant d'aborder le chapitre des résultats, il nous semblait essentiel d'examiner les préjugés que nous pourrions avoir concernant le sujet étudié. En tant qu'infirmière aux urgences, nous sommes directement confrontées à la violence, ce qui influence inévitablement notre perspective. Avant d'entamer ce mémoire, nous avions l'idée préconçue que la principale source de violence provenait des patients. De plus, la violence était devenue une réalité quotidienne.

Chapitre 3 : Résultats

Ce chapitre sera consacré à la présentation de nos résultats. Ceux-ci seront divisés selon notre arbre thématique afin de vous exposer les idées émergentes de la façon la plus structurée possible.

I. Les situations de violence

La définition de la violence reste subjective et personnelle pour chacun mais lorsque nous questionnons les infirmiers par rapport à « qu'est-ce que c'est pour toi, la violence dans la relation soignant-soigné ? », les formes de violences les plus abordées étaient les violences **physiques et verbales**. Tous étaient unanimes pour dire que **la forme de violence la plus rencontrée aux urgences était la violence verbale** mais sans exclure la violence physique même si celle-ci reste plus rare. Ce qui nous a le plus frappé, c'est la **fréquence quasi quotidienne** à laquelle une majorité d'infirmiers a le sentiment d'être confronté à cette violence.

« Bah au moins une fois par Shift [=poste]. Moi j'ai quand même l'impression d'avoir au moins une fois par Shift, quelqu'un qui, après, sans que ce soit purement à moi destiné. Mais quelqu'un qui insulte le personnel ou qui n'est pas content, qui nous envoie tous chier, je pense qu'il y a au moins une fois par shift, ouais. » I, 62-65

Nous constatons donc que la violence peut se manifester de différentes façons et parfois de manière très intense avec des insultes ou des menaces et en allant jusqu'à la manifestation physique de manière directe ou indirecte envers les soignants :

« Bon, on va en citer quelques-unes : un collègue qui va réévaluer un patient qui est dans la zone de psychiatrie chez nous et qui à un moment au rapport du matin, on entend qu'il frappe sur le mur et sur le carreau et en fait le patient est occupé de l'étrangler et lui mettre des coups de poing.... Ça peut aller d'une collègue qui est dans le bureau, dos au patient, qui se fait tirer par les cheveux jusqu'au milieu du couloir par un patient. Alors on passe toutes les injures possibles et imaginables. Il y a ça, il y a aussi de la violence qui n'est pas dirigée physiquement contre nous, mais il y a par exemple le patient qui prend son pied à perfusion et qui éclate, une vitre de mécontentement avec son pied à perfusion. Du jet de de certains objets : plateaux repas et tout ça. Donc oui, les exemples il y en a beaucoup. » N, 98-107

Cependant, il apparaît que les soignants interrogés soient conscients du fait **que la violence peut émaner tant de leur part que de la part des patients**. Certains ont également pointé du doigt le fait que nos **soins peuvent être une source de violence** même si celle-ci n'est pas intentionnelle.

« La charge de travail élevée, je ne vais pas expliquer aux gens, je peux être sec, je vais être sec à un certain moment où... Pas prendre le temps d'expliquer les choses ou faire les choses rapidement, rapidement déshabiller le patient etc pour gagner du temps et ça peut être considéré comme une violence effectivement. » K, 82-85

Un point d'attention sera tout de même amené par rapport aux « **types de pathologies** ». Les infirmiers ne vont pas réagir à la violence de la même manière en fonction des patients qui se présentent. Ils sont conscients que certaines pathologies ou situations amènent un patient à être violent sans qu'il en soit réellement conscient comme pour un patient âgé dément. Cela amène les infirmiers à davantage de tolérance pour ces patients-là.

« Je serai beaucoup, beaucoup, beaucoup plus tolérant avec un patient dément, confus, gériatrique, qui risque même un moment de d'avoir une agressivité physique mais quelque part dont il n'est responsable parce que son état somatique l'exprime. Je serai plus tolérant aussi avec un patient psychiatrique parce que là on a une certaine une certaine maladie mentale qui peut expliquer. Je serai beaucoup, par contre, beaucoup moins tolérant avec le citoyen lambda qui utilise la violence comme moyen de pression. » G, 21-30

Enfin, plusieurs de nos interviewés ont évoqué **les accompagnants** et leur rôle dans le développement de moments de violence dans la relation soignant-soigné. Nous avons déjà pu constater dans la littérature que la relation soignant-soigné ne devait pas être vue uniquement comme duale et que de nombreux facteurs pouvaient l'influencer : les accompagnants étaient l'un des points. A Saint-Pierre, c'est un sujet qui divise car depuis la période COVID où les accompagnants étaient interdits, les urgences ont décidé de prolonger cette mesure sauf exceptions (patients âgés ou mineurs, pathologies sévères, barrière linguistique, ...). Cette mesure prise au départ pour des raisons sanitaires a été maintenue pour diminuer le nombre de personnes au sein des urgences et tenter de diminuer les va et vient. L'accompagnant joue donc réellement un rôle dans certaines situations de violence mais est-ce qu'interdire l'accès aux proches d'un patient n'attise pas un cercle vicieux ?

« Pour moi c'est quelque chose qui peut générer à lui seul de la violence. L'interaction soignant-accompagnant. » I, 21

II. Les causes de déclenchement de violence

a. L'environnement des urgences

L'atmosphère du service des urgences peut être anxiogène pour les patients favorisant l'apparition de comportements violents. Les patients s'y rendent souvent lorsqu'ils présentent des symptômes qui les inquiètent. Le mot urgences représente déjà donc une source de stress pour de nombreux patients.

« Je pense que le fait d'être dans un service d'urgence qui est fort lié à des contextes émotionnels et une charge émotionnelle qui est fort élevée va d'office générer de l'agressivité » G, 95-97

Le temps d'attente représente souvent un sujet de conflit entre les patients et les soignants. Les prises en charge peuvent durer plusieurs heures, le temps peut paraître très long pour certains patients qui peuvent perdre patience et manifester leurs émotions au travers de comportements violents.

« Je pense que le nom urgence pour un service d'urgence est assez mal choisi, mais moi je trouve qu'on devrait plutôt appeler ça un service de patience. Parce qu'en fait c'est ce qu'on demande aux gens, on va leur dire voilà, vous allez pendant 4 heures dans un couloir exigu dans lequel vous n'allez pas comprendre ce qui vous arrive et à la fin, la réponse qu'on vous donne n'est pas toujours celle que vous attendiez. » G, 351-355

Le bassin de soin semble également être un facteur influençant la violence aux yeux des infirmiers. Saint-Pierre est un hôpital public offrant des soins à toute personne se présentant dans ses services indépendamment de son origine, sa situation sociale, ... L'hôpital accueille énormément de patients en situation de **précarité** et c'est une population plus à risque de développer des comportements violents car la rue enduret les gens, change leurs normes.

Le service des urgences est également une unité s'occupant de diverses pathologies pouvant engendrer des accès de violences : des problèmes d'**addictions** (patients sous influences de stupéfiants ou d'alcool) et des patients présentant diverses **pathologies psychiatriques**.

« On a un bassin de soins qui est plus violent qu'un bassin de soins dans lequel il y aurait moins de précarité donc, c'est allez... Démographiquement et sociologiquement, il y a plus de faits de violence dans des populations précaires que dans des populations plus aisées. Donc

nous on est fatalement au milieu de ce bassin de soin là. Donc on est plus victimes aussi de cet effet du bassin de soins. » G, 67-73

Le **flux de patients** et donc le nombre de personnes à prendre en charge, le fait de devoir faire les soins de manière rapide pour soigner dans des temps acceptables les patients est également l'un des facteurs pouvant déclencher de la violence.

Les infirmiers se retrouvent à devoir « traiter un flux plutôt que soigner des patients ».

« C'est en fait, c'est principalement du flux effectivement. Parce qu'on est noyé sous un flux et si tu perds du temps, enfin ce n'est pas perdre du temps finalement hein mais si tu prends du temps pour faire ce genre de choses-là, ben ton flux il te déborde quoi. Et ça ne devrait pas être comme ça mais mine de rien, la majorité de notre travail, c'est de gérer du flux quoi. » K, 99-103

L'architecture, pour de nombreux infirmiers, a un impact sur la violence dans les urgences. Chaque hôpital possède sa propre architecture et organisation mais de nombreux infirmiers semblent penser que celle des urgences de Saint-Pierre est propice au développement de comportements violents. L'endroit le plus controversé a l'air d'être le **triage et la salle d'attente des urgences** mais **l'entièreté des urgences semble être trop petite** pour pouvoir traiter correctement l'afflux de personnes par jour.

« On a un service qui est désuet, une architecture des années nonante pour un service qui a, je ne sais pas moi, quintuplé sa capacité depuis qu'il a été pensé. Le fait de devoir sortir les gens, de les faire traîner dans les couloirs, de pas pouvoir les asseoir ou les coucher, bien sûr que ça génère la violence, le fait de toujours jouer aux chaises musicales de ne pas avoir de lumière dans le service de pas machin, tout ça, ça joue clairement. » K, 116-120

« Oui, l'architecture a d'office un rôle à jouer dans la violence. (...) Parce que structurellement, on est toujours en train de déplacer des gens parce qu'on n'a pas un service où on fonctionne uniquement en marchant d'avant et donc les gens ont l'impression d'être oublié, de reculer ou d'être ignorés dans la prise en charge. Et donc tout ça génère en tout cas un sentiment de frustration auprès des patients et ce sentiment de frustration amène en général à des faits de violence. » G, 81 ;87,91

Les conditions de travail ont également été évoquées comme une source de nervosité chez les soignants pouvant conduire par effet boule de neige à de la violence envers les patients même si celle-ci n'est pas voulue : l'informatique qui ne fonctionne pas, le manque de

matériel, le manque de personnel, le manque de place aux urgences et dans les unités de soins, ... Tout cela agit telle une cocote minute auprès des infirmiers qui ont l'impression de perdre leur temps à gérer des soucis organisationnels plutôt que de s'occuper de leurs patients.

« Qu'on ait un informatique qui fonctionne parce que... (Rires de tous). Non mais c'est vrai, mais c'est tout con mais moi ça me rend dingue quand ça ne va pas cette imprimante, tu perds 15 minutes et tu n'as toujours pas été faire le soin que tu devais faire... » A, 433-436

Plusieurs interviewé ont d'ailleurs évoqué leurs sentiments de **manque de reconnaissance et de moyens** mis en place pour la valorisation du métier et la mise en place de conditions de travail favorables afin d'offrir un cadre serein lors des soins.

« Parce que n'oublions quand même pas, je pense aussi que nos conditions de soins, qui selon moi, sont aussi un facteur qui augmente la violence, sont aussi très dépendants des décisions politiques en termes de staff, en termes de plein de choses. » N, 205-207

« Donc pour moi, là il y a une grosse violence qui est faite de manière sociétale de dire on diminue les lits de pédiatrie, on diminue les lits de psychiatrie (...) Et donc je trouve que ça c'est extrêmement violent parce que c'est une non-reconnaissance des efforts qui sont faits au quotidien de tout le monde » H, 114-117

b. Les déterminants sociaux de santé

En tant qu'être humain, nous sommes tous imprégnés de **normes, valeurs** et de notre **culture** qui nous oriente dans nos choix et nos comportements. Sauf que nous sommes tous différents et parfois, le **choc culturel** peut être tel qu'il génère de l'incompréhension et peut amener à de la violence. Les soignants doivent parfois porter des actes dans l'urgence et peuvent bousculer le patient dans ses normes. Et le patient, lui, peut agir d'une manière qui lui semble adéquate alors que cela peut heurter le soignant dans ses normes personnelles. Les compétences interculturelles sont différentes en fonction des infirmiers et peuvent représenter une source de violence si elles ne sont pas assez développées.

« Dans son respect et dans sa culture. Mais faut aussi qu'il s'adapte à la culture dans laquelle il est, dans laquelle nous vivons. Et ça parfois c'est un peu compliqué, faut essayer de mixer les 2, essayer de pas le blesser dans sa culture, mais en lui expliquant que nous notre culture ici, en tout cas, ça ne fonctionne pas de cette manière-là. » F, 396-399

« Et par exemple, moi c'est quelque chose que j'ai pas du tout du tout accepté. « Femme vient, femme fait, femme ça. » Moi ça m'a vraiment heurté dans mes habitudes à moi et mes valeurs. Alors que pour lui c'était pas du tout quelque chose d'agressif envers moi, mais moi je l'ai, je l'ai vécu comme tel. » I, 151-158

Dans la vie, nous avons tous des **attentes** que se soit envers nous même ou envers les autres. Généralement, un patient s'attend à ce que le soignant, soigne et le soignant s'attend à ce que le soigné respecte ses demandes et conseils comme le « bon patient » qu'il devrait être. Pourtant, la réalité est parfois tout autres et nos attentes peuvent ne pas être répondues.

Les soignants peuvent parfois avoir une **vision paternaliste et hiérarchique** de leur relation avec le patient en pensant « savoir ce qui est bon » pour lui. Le soignant peut également avoir une **vision dichotomique** du patient en ayant des attentes envers les bons comportements supposés.

« Il y a quand même une sorte de relation hiérarchique entre le patient et le soignant, tu vois et je pense que c'est plus directif à force. » K, 137-138

En venant aux urgences, de nombreux patients ont certaines attentes envers **le rôle des urgences et d'un soignant** qui ne correspondent pas forcément à la réalité, cela peut engendrer frustration et colère.

« Alors si je réponds, pourquoi est-ce qu'il pourrait être violent envers moi ? Ben c'est comme je viens de dire, c'est face à cette discordance entre ce que lui se représente dans la situation et ce qui se passe réellement. Pour moi, c'est la grande réponse au pourquoi, c'est quand finalement nos actions et la manière dont la situation se déroule ne répond pas à ce qu'il avait projeté. » N, 84-88

« Parce que la plupart de ceux qui deviennent agressifs avec nous en question de temps d'attente, c'est bêtement parce qu'ils confondent urgence et rapidité, il n'y a rien à voir. » B, 158-159

En termes d'attentes, nous pourrions également faire un lien avec les normes et les cultures car celles-ci engendrent certaines attentes qui ne sont pas toujours répondues :

« Et je pense aussi qu'un élément qu'on ne doit quand même pas omettre dans notre relation de soin avec les patients à Saint-Pierre, si on parle vraiment de Saint-Pierre, c'est la multiculturalité des gens. Où on n'a pas tous le même mode de fonctionnement, ce même

cadre et ces mêmes représentations des soins et donc je pense que ça influe aussi sur les perceptions et les attentes. » N, 346-350

c. Communication entre les soignants et les soignés

La communication est un sujet vaste et complexe, car au-delà du verbal, la communication se passe également par le non verbal et tout cela peut influencer la violence aux urgences.

Tout d'abord, **la barrière de la langue** représente un réel défi à Saint-Pierre au vu de la population multiculturelle qui s'y présente. De nombreux patients ne pratiquent pas l'une des langues nationales du pays et cela peut engendrer des situations d'**incompréhension** et de stress pouvant conduire à de la violence.

« Et puis parfois, il y a la langue, hein, il n'y a rien à faire mais la langue fait que... Ben ça, ça rejoint l'incompréhension hein, mais la langue, une vraie barrière, hein » A, 176,177

De plus, dans la communication, **l'attitude** et donc le non verbal ainsi que la **manière de communiquer** vont influencer le dialogue. Ces 2 points-là peuvent émaner tant du soignant que du patient.

« Nous on est exaspérés par le fait qu'ils peuvent croire qu'aux urgences c'est leur place et en même temps eux bah ils ont envie de soin et ils sont là et ils se sentent légitimes. Et donc je pense que le ton qu'on y met influence certainement la réaction en face. » I, 127-129

« Je pense qu'il faut aussi balayer devant sa porte, je pense que nous, en tant que soignants, parfois on est aussi inadéquat de par notre réalité de soins. Parfois on est inadéquat de la manière dont on s'exprime avec le patient. Même si c'est difficile sur le moment de reconnaître que c'est aussi un peu de notre faute que la situation dégénère. Mais je pense qu'il faut quand même être honnête que, dans notre comportement, notre fonction, nos paroles, on peut aussi générer cette violence » N, 294-299

Enfin, **nous sommes tous des humains**. Lorsqu'on se place du côté du patient, on peut entendre qu'il soit stressé, douloureux, que les urgences soient un endroit intimidant et que sa communication, dans ces moments, ne soit pas optimale.

« Nous on est tous les jours aux urgences, on connaît les urgences, on sait ce que c'est. Moi je ne sais pas, l'autre jour ça m'a flashé. Je sais plus qui m'a dit : « j'avais une plaie, j'ai été aux

urgences et j'avais 2 points de suture. » Tu vois un pote ou un pote d'une connaissance qui me dit « ouais quand même j'ai dû aller aux urgences, t'imagines quand même ? » Et en fait, c'est parce que pour les gens c'est quand même... ce n'est pas rien d'aller aux urgences, c'est quand même « waouh quoi, j'ai été aux urgences, tu te rends compte ? » » E, 138-143

A l'inverse, du côté du soignant, lorsqu'il se trouve au travail, il essaye de faire au mieux mais il peut arriver que sa vie privée influence ses humeurs, qu'il soit plus fatigué moins empathique et cela peut entraîner des répercussions sur sa relation avec le patient, qui lui, n'a rien demandé.

« Mais c'est vrai qu'il y a des jours où on est un peu plus fatigué, des jours où voilà où on a aussi notre propre vie perso et qui peut influencer aussi notre humeur. Et donc je pense pouvoir aussi reconnaître que parfois, la manière dont je réponds à ces violences parfois est tout aussi directes et brutales. » N, 36-39

La **tolérance** ne devrait pas être sous-estimé dans la relation entre un soignant et son patient car dans de nombreux cas, tenter de comprendre l'autre et sa manière d'agir peut désamorcer de nombreuses situations lorsqu'on se rappelle que nous sommes tous humains.

Cette rubrique des causes est non exhaustive et de nombreux autres points auraient pu encore être développé mais nous avons fait le choix de mettre en avant les principales causes misent en avant par nos interviewés car c'est leurs ressentis et leurs idées qui nous intéressent dans cette partie.

III. Les conséquences de la violence sur les soignants

1. Conséquences professionnelles

a. Evolution

Il semblerait qu'au fil des années, les infirmiers aient développé différentes **techniques d'adaptation** envers la violence en ayant déplacé leur « **curseur » de tolérance** : en développant une **meilleure adaptation**, en ayant **moins de tolérance ou au contraire davantage de tolérance**. Nous avons pu remarquer que cela restait très personnel et variait d'un infirmier à l'autre.

« Je pense qu'avec le temps, il y a des choses où on devient moins respectueux du patient et c'est un peu un jeu dangereux parce que comme on a des gens qui nous respectent pas, on a

tendance à, en tout cas moi, à dire des choses que je pense que j'aurais jamais dit à quelqu'un d'autre et je me rends compte que voilà avec le genre de patients qu'on a, je me permets de dire des choses clairement que normalement je ne dirais pas et je pense pas que j'ai raison de le faire et je trouve que ça arrive de plus en plus tôt chez les gens qui viennent bosser chez nous. Une manière de parler... Je pense qu'il y a moins de limites, qu'on se permet beaucoup et que oui, on récolte de la violence, mais je trouve qu'on est nombreux, très vite à ne pas avoir non plus une com adéquate envers les gens et donc oui, est ce que c'est parce qu'ils ne respectent pas que nous on peut se permettre de leur dire ça ? Je ne le pense pas et du coup voilà, ça je pense que ça nous change quand même. » I, 264-274

« Alors je n'ai pas envie de normaliser, je n'ai pas envie de banaliser. Mais je crois que le constat c'est qu'on modifie un peu notre curseur, c'est à dire que ce qu'on pourrait théoriquement considérer comme inacceptable, on va le décaler un petit peu et accepter justement par le fait de comprendre qu'ils sont en crise, qu'ils ont mal que c'est contextuel, etc » H, 239-242

A travers ces différents témoignage, nous pouvons déceler un phénomène de « **coping** », c'est-à-dire des techniques et stratégies mises en place au niveau psychologique et comportemental pour faire face à ce qui semble menaçant. Cela peut passer par l'humour, le cynisme, le repli, le désinvestissement, ...

Nous constatons un **risque de dépersonnalisation** des patients et d'une **normalisation de la violence** dans la relation soignant-soigné.

« Moi, je me présente un peu cette violence comme étant l'élément du décor et de mon environnement de travail. Je ne dis pas que c'est normal ou anormal, mais ça fait partie de mon environnement de travail. Je sais qu'en allant travailler aux urgences, je sais que tous les jours je vais devoir gérer des situations conflictuelles et des situations de tension et de violence. Donc ce n'est pas banalisé mais c'est finalement ça fait partie du décor. » N, 140-144

Au fil de leur carrière, les infirmiers vont donc faire évoluer leur manière de réagir face à cette violence. Chacun met en place les réflexes et outils dont il ressent le besoin. Certains deviennent donc beaucoup moins tolérant alors que d'autres vont « s'habituer » à cette violence. On peut parler ici d'une **sorte de banalisation de la violence**. Même si les discours vont dans le sens de ne pas tolérer celle-ci, certaines phrases nous ont tout de même interpellé car elles démontrent une certaine forme de « **routine** » installé avec cette violence dans le

service voire une forme de cynisme et détachement pouvant également traduire des signes de burn-out.

« *C'est complètement banal, c'est complètement banal. C'est aussi banal que de prendre un café le matin, quoi.* » K, 260-61

« *Ça fait partie du quotidien quoi, t'es aux urgences, tu sais que ça va avec.* » C, 679

« *Je pense que pour travailler chez nous, il faut un curseur d'acceptation de la violence qui soit plus élevé que la population moyenne. Je pense que les gens qui viennent travailler dans un service d'urgence s'attendent à ça. Et donc même s'il ne faut pas la banaliser, je pense que les gens sont prêts à accepter que, à un moment donné, le patient monte d'un ton, ce qui serait inacceptable dans d'autres situations.* » G, 250-254

« *Mais tu peux avoir des petites insultes comme ça, gentille, enfin tu vas accepter. Peut-être que si tu travailles dans un hôpital plus classe tu vas, tu vas peut-être moins accepter. Mais voilà, un patient bourré qui dit « Kurva⁴ » tout le temps, voilà je sais ce que c'est, je ne vais pas aller plus loin. Oui, effectivement, je pense qu'on s'adapte quand même.* » J, 190-193

Enfin, certains infirmiers peuvent développer des symptômes de **burn-out**, être en **incapacité de travail** durant un temps et certains décident même de **démissionner** causant un turn-over dans les équipes de soins devant sans cesse s'adapter et former de nouveaux collègues.

La violence n'est sûrement pas le seul facteur influençant tout cela mais elle y participe. Ce sont des conséquences dramatiques en termes de santé publique tant humainement que professionnellement.

« *Alors je pense qu'il y a des gens qui sont partis parce qu'ils ont été, soit le seuil d'acceptation de violence était trop rempli et qu'à un moment ils se disent « non, moi j'en peux plus ». Soit parce qu'il y a eu vraiment un événement majeur qui leur a fait perdre pied et donc ils ne retrouvent ..., ils perdent le sens de ce qu'ils font ici.* » G, 283-286

« *C'est l'incapacité de travail que j'ai eu, clairement : où je me suis rendu compte que je prenais sur moi, je prenais sur moi et puis en fait il y a eu la goutte qui a fait déborder le vase et cette goutte d'eau... Pendant un an, je ne suis pas allé travailler donc ça m'a bien fait comprendre qu'il fallait que je pense à moi aussi parce que c'est bien de penser aux autres,*

⁴ Insulte polonaise vulgaire à propos des femmes

mais il faut savoir penser à soi. Et si nous, on n'est pas bien, on n'arrivera pas à prendre soin des gens. » L, 64-69

Nous pouvons percevoir dans ces extraits que face à cette violence, les infirmiers perdent le sens de leur travail et ont donc une **réduction de l'accomplissement personnel**. De plus, il nous semble percevoir un **épuisement émotionnel** dans ces propos. Tous ces symptômes doivent nous faire penser au risque accru de développement d'un **burn-out** chez les soignants qui entraîne des conséquences dramatiques sur les soignants, leur carrière, la qualité des soins mais également leur vie privée.

La déshumanisation des soins semble de plus en plus présente au fil de notre analyse des résultats. D'ailleurs, plusieurs infirmiers ont abordé ce sujet. De nombreux facteurs peuvent influencer cette déshumanisation : le flux de patients, la fatigue, l'hyper-médicalisation, le manque de moyens, ... Mais la violence est également un élément déclencheur de cette forme de déshumanisation dans les soins, le fait de ne plus voir l'humain qui se trouve en face de nous.

« Même si ce n'est pas notre intention de la mettre. Comme l'a dit (nom d'un collègue), quand on déshabille quelqu'un ou même moi, parfois quand je suis un peu fatigué, j'oublie parfois de me présenter, d'expliquer mes soins et je travaille un peu comme de manière mécanique. Puis c'est là que je vois que les personnes me regardent avec une tête un peu bizarre « mais t'es qui et tu fais quoi ? » « Bonjour, voilà je suis infirmier, on va faire ça, j'explique. » F, 103-107

« Je pense qu'il y a un autre volet de l'équipe où il y a une forme de déshumanisation Et ça, c'est réellement, c'est tout autant interpellant que quelqu'un qui va, qui va rompre son contrat en disant « non, moi en fait j'en peux plus de cette violence, je ne l'accepte plus, je ne la tolère plus. » (...) Tout autant pour la personne qui adorait son travail mais qui pour des faits de violence dit un stop, que pour la personne en fait, qui, dans le travail très très très humain qu'on fait, perd complètement son humanité pour des faits de violence répétée. » G, 286-294

Ce contexte décrit par les infirmiers qui vivent ce quotidien est alarmant car en plus des conséquences professionnelles et personnelles pour les infirmiers eux-mêmes, il y a un risque accru pour la qualité des soins.

b. Qualité des soins

Face à la violence, les réactions peuvent être multiples et peuvent entraîner différentes **répercussions sur la qualité des soins**.

Lors d'une altercation, l'une des réactions les plus fréquente est **l'arrêt des soins** : cela peut aller de **passer la main à un collègue** à **l'arrêt des soins complet** : « *Moi je n'ai absolument aucun problème si quelqu'un n'est pas d'accord et qu'il n'y a pas de risque vital engagé à dire que : « ce n'est pas ma main, ce n'est pas mon œil, ce n'est pas ma mère et donc il y a 12 autres services d'urgence à Bruxelles et donc il peut aller voir ailleurs. »* G, 202-205

Les infirmiers, pour se protéger de cette violence, n'hésitent donc pas à couper court à certaines prises en charge lorsque celles-ci ne nécessitent pas une prise en charge vitale. Cela peut être vu comme un **mécanisme de protection** de la violence. Même si cela peut sembler anti-déontologique, ces infirmiers expriment leur **refus de tolérer la violence** dans certaines situations de soins et ils n'hésitent pas à référer le patient vers un autre hôpital si la solution de passer la main à un collègue n'est pas envisageable aux vues de la violence du patient.

En revanche pour certains patients, les soins sont nécessaires et nous avons pu constater que les réactions tendent vers **une qualité des soins impactée** avec moins d'empathie, moins de communication. Les soins seront exécutés correctement du point de vue technique mais pour ce qui est du **volet humain du soin**, il sera mis de côté à la suite de la violence perçue.

« *Je pense que si je considère qu'un patient a dépassé les bornes mais qu'il faut qu'il y ait un soin qui soit apporté, j'apporterai le soin je le ferai complètement, je le ferai correctement. S'il a besoin d'explications, je lui donnerai ses explications mais je ferai le minimum légal.* » G, 268-271

« *Malgré tout, si tu prends les soins purement techniques et purement médicaux, les médicaments, les installations, les sondages, tout ce que tu veux, tous les soins techniques, ça, je pense que ça n'a aucune influence. Maintenant, quand tu parles de soins, tu parles aussi d'éducation à la santé, de relations thérapeutiques en expliquant bien aux gens, etc. Et ça oui, là, là-dessus, sur ce volet là ça a un impact.* » K, 141-149

Le soin n'est pas qu'un volet technique et comprend l'ensemble de la prise en charge d'un patient en tenant compte du volet psycho-social. Lors d'une situation de violence, il peut être compliqué pour les infirmiers de se concentrer sur tous les aspects du soin, ceux-ci se

concentreront uniquement sur le volet technique. Le soin technique sera exécuté, le patient sera traité mais la prise en charge globale du patient sera impactée et donc la **qualité des soins** en souffrira. La violence représente donc une réelle barrière à la mise en œuvre de soins de qualité.

Enfin, certains collègues ont exprimé un **effet boule de neige** : l'influence sur la relation de soin avec un patient de la violence ressentie lors d'une interaction avec un tout autre patient. Les soignants restent des humains et dans certaines situations, il se peut que leurs émotions se répercutent sur d'autres patients qui n'ont présenté aucun signe de violence.

« Le problème, c'est que parfois, ça impacte même les autres patients, je pense que si t'es énervé, le temps que ça redescende, tu peux être un peu, tu vas aller voir le patient d'après, tu vas repenser à la situation d'avant et tu vas être moins concentré sur ton travail alors que la personne qui est là, elle n'a juste rien demandé. » A, 701-704

« Le nombre de fois où on s'énerve avec un patient et puis après on arrive dans une chambre et on est encore énervé et on parle d'une manière parfois sèche sans vouloir être agressif avec la personne et on se rend compte en fait que bah on est tellement énervé qu'on transmet ça aux autres » L, 26-29

2. Conséquences sur la vie privée

Les conséquences privées varient d'un infirmier à l'autre : certains ne voient aucune répercussion sur leur vie privée alors que d'autres expriment différentes conséquences comme du stress, des répercussions familiales ou sur leur sommeil :

« Privé : moi, je ramenait beaucoup à la maison donc j'avais tendance à la fin, avant de partir en incap, de m'énerver énormément à la maison. Et c'est ça aussi qui m'a fait me rendre compte que ça n'allait pas parce que bah du coup tu ramènes toute cette frustration, tout cet énervement sur ta famille, ta compagne, ton compagnon. Et donc en fait ça peut même bah te détruire entre guillemets la vie. » L, 149-153

« Privé, je dirais que si j'ai parfois une accroche mais donc comme je dis c'est moins qu'avant. J'aurais quand même quelques soucis parfois et je me suis rendu compte que parfois je ne savais pas dormir à cause de ça, à ce point-là... » J, 199-202

« Bon niveau privé, je pense que j'arrive à faire quand même relativement bien la part des choses. Rarement, c'est je ne dis pas que ça ne m'est jamais arrivé hein. Donc je parle à la violence physique, verbale, etc, je ne parle pas d'intervention difficile, etc. Non mais ce genre-là m'a jamais vraiment très impacté sur le plan privé. » K, 123-127

Les conséquences de la violence dans la relation retentissent donc sur la vie personnelle des soignants même si les **répercussions sont différentes** pour chacun, celles-ci sont dramatiques car aucun travail ne devrait amener des répercussions personnelles à la maison.

N'oublions pas que des conséquences professionnelles comme une incapacité de travail ou une démission ont des effets sur la vie privée également.

Toutes ces conséquences quelles soient professionnelles ou privées impactent autant les soignants que les soignés et son réellement alarmantes. Le risque de burn-out est accru et la déshumanisation dans les soins est fortement présente tout cela jouant sur la qualité des soins apportés aux patients mais également sur la santé mentale des soignants.

IV. La déclaration d'évènement de violence

La déclaration d'évènement indésirable est clairement **un sujet discordant** entre les infirmiers des urgences de Saint-Pierre. Certains la remplisse régulièrement alors que d'autres n'ont jamais ouvert ce document de leur carrière : **la violence reste très subjective et chacun mets ses propres limites**. Nous avons déjà pu démontrer à quel point les infirmiers peuvent présenter une certaine tolérance voire banalisation de la violence pouvant influencer l'intention de déclarer ou non.

« Non, alors non pas du tout, je ne prends pas, je ne prends pas le temps de le faire. Je suis clairement consciente et sensibilisée au fait que c'est nécessaire. Mais ça m'est arrivé déjà 2 3 fois de prendre l'étiquette et de la mettre dans ma poche et de dire « je le ferai en fin de shift » et en fin Shift, j'ai juste envie de rentrer chez moi et je dis je le ferai la prochaine fois et puis la prochaine se transforme et puis au final je ne le fais pas. » I, 363-367

« Alors un évènement violent physique, systématiquement là, je fais systématiquement une déclaration. Une violence verbale, c'est assez rare hein, faut que ce soit assez loin hein. Faut qu'il y ait des vraiment des grosses menaces ou alors que ça ait bien dégénéré mais sinon je

n'ai pas le temps de le faire et c'est à tort hein, ça je le reconnais bien. Parce qu'on biaise les statistiques. Je pense que si tout le monde faisait ses déclarations verbales, on aurait quand même plus de poids. » K, 209-214

Les raisons évoquées pour la non-déclaration varient : certains évoquent la fainéantise, le manque de temps mais nous pouvons également deviner une certaine fuite, un désir d'oublier et une banalisation de la violence derrière le fait de ne pas déclarer cette violence. L'une des raisons la plus évoquée reste tout de même le sentiment d'inutilité lié à la déclaration.

Même si de nombreux infirmiers sont conscients des enjeux qui se cachent derrière ces déclarations, beaucoup reprochent le **manque de suivi et de retour** par rapport à ces déclarations.

« Mais probablement parce que, comme on l'a évoqué avant, la violence n'est pas considérée comme anormale, mais comme étant un élément de notre quotidien de travail. Et donc au final, quand un patient m'insulte ou part en m'insultant et en insultant mes proches ou voilà, bah je me dis « c'est un monsieur mécontent, on n'a pas répondu à ce que lui avait projeté et finalement voilà » Ce n'est pas finalement quelque chose d'exceptionnel. En fait, je pense que c'est dans l'exception, de se dire « quand même recevoir un coup de poing, ce n'est pas tous les jours. » Tu vois ce que je veux dire ? Donc il y a ça et alors il y a aussi probablement cette fâcheuse tendance à dire que à quoi ça sert quoi ? Qu'est-ce qu'on en fait de cette info ? » N, 310-317

L'un des interviewés a évoqué un point d'attention très intéressant à ne pas sous-estimer : le fait qu'après un évènement de violence, **le premier réflexe n'est pas de remplir une déclaration.**

« Ici, en fait, actuellement même si le formulaire a été simplifié, le processus de déclaration est toujours compliqué et est toujours assez long. Parce qu'en fait on se rend compte qu'on perd du temps et on a perdu une énergie folle et donc je ne suis pas sûr que la motivation, après un fait de violence n'est pas la déclaration. La motivation, c'est d'abord redescendre, prendre un moment avec ses collègues, aller dans la cuisine, aller à l'extérieur prendre l'air, fumer une cigarette n'importe. » G, 384-389

D'autres pistes ont également été évoqué comme la nécessité de **former** le personnel au système de déclaration mais également le besoin de le **simplifier la déclaration** en ne voulant pas remplir trop d'objectif en un document.

« Non mais par contre ce qu'il faut, il faut déjà connaître le système et que on sait faire une déclaration. Et je pense que les collègues de manière générale doivent être formés. » F, 639-340

« Alors je pense qu'il faut savoir qu'est-ce qu'on poursuit comme objectif ? Et le problème qu'on a souvent dans des formulaires de déclaration de manière générale, c'est qu'on poursuit plein d'objectifs en même temps. Si on veut mesurer la violence, je pense qu'un bouton poussoir qui compte le nombre de faits de violence serait suffisant : « Je suis infirmier, le patient dépasse les bornes m'insulte, j'appuie sur le bouton et ça fait un ». Après 6 mois, on regarde combien de fois on a appuyé sur ce bouton poussoir et on compte. Si l'objectif est de dire, on veut contextualiser cette violence et savoir où elle se produit. À ce moment-là, on décide à un moment de mettre le focus sur on déclare les faits de violence dans une zone de triage, on les déclare à l'accueil et donc on met le focus, on accompagne les gens, on fait des observations. Si on veut arriver à se dire qu'on dresse une liste des patients violents et agressifs pour faire de la prévention et pour informer les équipes à l'inscription, mais là, il faut un formulaire complet détaillé. » G, 373-384

La déclaration systématique d'évènements violents représente un enjeu majeur dans l'opposition à la violence et il serait judicieux de travailler à une réelle collaboration entre le service de sécurité et les infirmiers afin de pouvoir rendre la partie émergée de l'iceberg davantage visible et avoir des chiffres concrets à présenter aux autorités compétentes. Nos interviewés ont pu mettre le doigt sur de nombreuses pistes d'amélioration à tenter de mettre en place afin de motiver les collègues à déclarer tout évènement violent.

Notamment au travers de l'accompagnement des collègues dans l'explication de l'importance de déclarer et de la manière de procéder. Mais également au niveau du processus en lui-même : ne pas viser plusieurs objectifs en un formulaire au risque de décourager les collaborateurs à compléter celui-ci. Faire un questionnaire centré sur l'humain et non sur l'organisation et réfléchir à une manière d'accompagner les personnes dans ces démarches mais également d'assurer un suivi et un retour systématique afin de soutenir les collaborateurs et leur montrer que la démarche a été utile tant pour eux que pour la santé publique.

V. Les pistes de solutions

En discutant avec nos interviewés, ceux-ci ont pu mettre le doigt sur diverses pistes de solutions à exploiter pour tenter d'améliorer les relations de soins.

Nous mettrons en parallèles les causes et les solutions proposées.

1. Pour le volet « communication »

Ce volet nous semble une **clé essentielle** pour tenter de contrer la violence dans les relations de soins. Pourtant, même si Saint-Pierre a investi dans des formations de communication non-violente, il semblerait que celles-ci ne soient pas suffisantes. De nombreux infirmiers sont conscients que leur **manière de communiquer** change les choses : **attitude, non verbal, ton.**

« Et donc je pense vraiment que notre COM de manière globale, autant dans les explications, dans le ton qu'on donne même si on n'est pas dispo, je pense quand même que ça peut vraiment changer quelque chose. » I, 409-411

La communication est un domaine qui se travaille et qui n'est pas inné pour tous.

L'importance de se former semble inévitable afin d'utiliser cet outil de la manière la plus efficace possible. Multiplier les formations sur la communication paraît être indispensable.

« On est des soignants avant d'être des communicateurs nés et que c'est quelque chose qui se travaille, c'est quelque chose qui s'apprend, c'est quelque chose qui n'est pas toujours intuitif, surtout dans des phases où l'émotion est au plafond quoi. » G, 187-190

De plus, un travail sur la **communication thérapeutique** pourrait représenter un réel plus afin de travailler sur le volet du dialogue entre le soignant et le patient en diminuant les expressions négatives pour communiquer davantage par du positif.

« Travailler sur la communication thérapeutique, et là c'est quelque chose qui manque peut-être dans l'équipe de... Un exemple qui est de ne pas dire quand tu es en situation de stress, « ne me touchez pas. » Le patient n'entend pas l'injonction négative. C'est de lui dire « accrochez-vous à la barre. » Et le résultat est le même, mais nous, il faut qu'on apprenne à communiquer autrement. » H, 540-544

L'une des solutions semble également se trouver au niveau des **explications** données au patient : les urgences ne sont pas, pour lui, un endroit familier. Les infirmiers connaissent leur routine, leur fonctionnement mais ce qui semble logique pour eux ne l'est pas forcément pour

le patient. Donner davantage d'explication au patient permettrait qu'il appréhende au mieux sa venue aux urgences.

« Dans les solutions, moi j'ai déjà désamorcé des situations rien qu'en expliquant des choses aux patients. En fait, donner des explications même au tri je trouve... Moi ces dernières années, j'ai beaucoup beaucoup moins de soucis par rapport à peut-être ça tombait dans mes yeux comme ça, mais quand tu expliques aux gens que voilà, il y a un flux aux urgences, qu'on s'occupe de réa, que y'a d'autres patients. Ben généralement c'est ça les calme déjà »
F, 263-268

Pour travailler sur la **démystification des urgences**, de nombreux points pourraient être abordés : les habitudes de services, les temps d'attentes moyens, les examens, les pathologies rencontrées aux urgences et les raisons de leurs priorisations, les alternatives aux urgences.

« Je pense qu'on pourrait encore faire un effort sur « clarifier finalement notre mode de fonctionnement. Comment est-ce que nous on fonctionne dans nos pratiques ». Donc, dire par exemple : « ce n'est pas l'heure d'arrivée qui prime, mais ça va être votre situation et que ça se peut tout à fait qu'il y ait un patient qui y soit arrivé 2 heures après vous qui passe directement avant vous ». Donc ça c'est une première chose. » N, 166-170

« L'information au patient qui pour moi est lacunaire. Moi je trouve qu'il devrait limite y avoir une brochure quand t'arrives aux urgences (...), on met des temps d'attente théoriques en expliquant que « dans un service d'urgence, ce n'est pas parce que c'est marqué urgent, que c'est rapide, que vous on n'est pas pris suivant l'arrivée mais suivant l'ordre de priorité ou suivant le type de pathologie parce qu'il y a plusieurs spécialités. » Enfin voilà vraiment une information détaillée. » K, 285-294

En revanche, lorsqu'on parle de communication, il y a un point d'attention énorme à ne pas omettre : **la barrière de la langue**. Car oui, comme expliqué précédemment, les urgences de Saint-Pierre sont multiculturelles et de nombreux patients ne parlent aucune des langues nationales et au-delà de cela, certains patients ne savent également pas lire. Cela rajoute donc une difficulté supplémentaire afin de ne pas creuser davantage les inégalités sociales de santé avec nos solutions. L'utilisation de **pictogrammes** ou de technologies permettant les **traductions** en de nombreuses langues semblent représenter une solution envisageable.

« Pour moi, je ne sais pas si c'est qu'un truc de langue, c'est aussi... enfin moi j'ai déjà réfléchi à ça : des pictogrammes... Parce qu'en fait c'est, ce n'est pas.... Enfin, il y en a plein aussi qui lisent pas du tout même s'ils parlent une autre langue. » E, 328-331

A Saint-Pierre, nous avons plusieurs médiateurs interculturels disponibles mais ceux-ci ne sont jamais sollicités par les urgences car ils sont rarement accessibles et leurs tranches horaires sont limitées. Les infirmiers ont donc appris à se débrouiller entre eux grâce aux langues parlées par différents collègues mais également via les techniques de traductions avec les smartphones. Ces techniques-là permettent de tenter de contrer au maximum la barrière de la langue mais ne sont pas optimale.

Le médiateur interculturel est une personne extérieure au soin qui facilite la communication entre les soignants et les patients. Il joue un rôle complémentaire par rapport à un traducteur car il tient compte des différences de valeurs, normes et langues. Cela permet de considérer l'impact de la multiculturalité dans la communication et semble offrir une solution plus complète qu'une « simple traduction ».

« Un médiateur 24 h sur 24 donc qui lui intervient dès le début, juste pour faciliter la communication entre les parties et qui est vraiment formé à cette technique-là. C'est quelque chose qui, je pense, peut vraiment être intéressant parce qu'on n'est pas des... On est des soignants avant d'être des communicateurs nés et que c'est quelque chose qui se travaille, c'est quelque chose qui s'apprend, c'est quelque chose qui n'est pas toujours intuitif, surtout dans des phases où l'émotion est au plafond quoi. » G, 184-190

Mais on peut également trouver **un rôle de médiation** entre les soignants et les patients auprès **des agents de gardiennage**, c'est une fonction pour laquelle ils sont formés. Cela serait intéressant de poster un agent dans la salle d'attente afin de sécuriser les lieux, être présent en termes de prévention mais également pouvoir intervenir en tant que médiateur et tenter de désamorcer les conflits naissant dès la salle d'attente.

« Parce que leur premier boulot, c'est de la médiation. Donc s'ils étaient en salle d'attente et dès qu'il y a de l'agressivité, ils font de la médiation, ça nous permettrait aussi déjà d'économiser des ressources, économiser de l'énergie et déjà avoir un point qui déjà un point d'accès qui est déjà mis en place pour essayer de désamorcer la situation. » L, 300-304

Enfin lorsqu'on parle de communication, cela peut également passer par la communication entre collègues et la mise en place d'**espace de paroles** afin de faciliter la mise à plat de nos

ressentis, de ce qu'on vit au quotidien en étant écouté par des personnes qui vivent la même chose que nous. Cela pourrait être considéré comme une prévention au burn-out.

« Générer des espaces de parole où on en parle en équipe pour que les gens se rendent compte en fait qu'ils ne sont pas isolés dans l'effet de violence mais que c'est vraiment quelque chose que l'équipe vit et qui permet aussi de ressouder l'équipe par rapport à des méthodes pour arriver à, ou en tout cas à protéger les collègues ou à désescalader ou à reprendre la main ou à... Donc c'est et un travail qu'on doit faire en individuel, en termes formatifs, c'est aussi un travail qu'on doit faire en terme équipe. » G, 317-323

2. Pour le volet « déterminant sociaux de santé »

Soigner un patient d'une manière empathique est l'une des bases du comportement émotionnel que l'on attend d'un infirmier et pourtant ce n'est pas si simple car pour être empathique, il faut pouvoir « se mettre à la place de l'autre » chose qui n'est pas envisageable dans toutes les situations. De plus, on ne vit jamais ce que vit l'autre et encore moins de la même manière. Chaque personne est unique et vit les choses à sa manière et les normes et cultures peuvent venir compliquer notre compréhension de l'autre, l'idée de **formation sur la multiculturalité** semble être une piste de solution dans la compréhension de l'autre.

« Je pense que probablement, si on veut vraiment être précis, je pense que les formations sur les différences de culture pourraient en tout cas augmenter des compréhensions interpersonnelles. » N, 346-352

Les compétences interculturelles représentent donc un domaine important à développer aux vues du bassin de soin des urgences de Saint-Pierre.

De plus, en ce qui concerne les attentes et les normes, il semble important de souligner l'importance pour les soignants de **la remise en question** de leurs propres pratiques pour pouvoir évoluer.

« Je pense qu'il faut aussi balayer devant sa porte, je pense que nous, en tant que soignants, parfois on est aussi inadéquat de par notre réalité de soins. Parfois on est inadéquat de la manière dont s'exprime avec le patient. Même si c'est difficile sur le moment de reconnaître que c'est aussi un peu de notre faute que la situation dégénère. Mais je pense qu'il faut quand

même être honnête que, dans notre comportement, notre fonction, nos paroles, on peut aussi générer cette violence » N, 294-300

3. Pour le volet « environnement de travail »

L'environnement des urgences devrait être repensé afin de rendre ce service plus accueillant et apaisant. De simples détails peuvent faire la différence : l'éclairage, les peintures, l'état du matériel, les moyens de repères dans l'unité, ...

« La traçabilité, tu vois le service, tu vas bêtement expliquer à un patient comment aller à la radio, mais mettez des lignes au sol, mettez des trucs clairs, des affiches claires. » K, 301-302

L'attente a été présentée comme l'une des sources importantes de déclenchement de violence et pourtant rien n'est fait pour tenter de rendre cette attente plus acceptable. La création d'une **salle d'attente** pour les patients stables attendant leurs résultats permettrait de gagner de la place et de créer un espace plus à l'abris du tumulte du couloir des urgences.

« Non mais aussi tu vois des gens, ceux qui sont dans le couloir, ça gêne, c'est hyper angoissant, tu as plein de bruit tout ça. Il nous faut une salle pour les middle quoi, ceux qui n'ont pas besoin d'être en brancard. » C, 352-354

Pour ce qui est de l'architecture, l'ensemble de l'unité devrait être pensée pour faciliter la fluidité de passage, simplifier le circuit patient et favoriser « **une marche en avant** ».

« Alors moi je pense qu'il faut favoriser la marche en avant. Donc c'est à dire que le flux IN, ne doit jamais croiser le flux OUT. Je pense qu'il faut repenser les espaces d'attente au sein du service. (...) Et donc je pense que l'environnement est ultra important. Je pense qu'il faut accompagner ces gens, il faut les occuper, il faut les informer, il faut qu'eux se sentent dans un endroit où ils n'ont pas l'impression d'être oubliés et donc il y a plein de stratégies, de mécanisme qui peuvent être déployés » G, 349-355

L'une des problématiques également évoquée est la disponibilité des lits d'hospitalisation et la problématique de devoir laisser attendre les patients durant des heures avant de pouvoir monter en chambre, cela ne fluidifie pas la prise en charge et ne fait que rajouter des patients dans ce service déjà surchargé. **La création d'un salon de sortants pour les services d'étages** est une idée évoquée depuis plusieurs années mais jamais réalisée. Cela permettrait pourtant de libérer des lits afin de faciliter le turn-over.

« Un salon des sortants pour les salles pour libérer les places plus tôt, c'est aussi pour mieux communiquer avec les équipes d'hospit des fois hein ils ont aussi des couloirs, pourquoi est-ce qu'ils ne peuvent pas entendre dans leurs couloirs plutôt que dans le nôtre au milieu du brol » K, 281-284

Une autre idée afin de mettre des barrières contre la déshumanisation dans les soins, la piste de **l'aide-soignante** a été évoquée pour qu'elle puisse s'occuper du bien être des patients par le biais de différentes tâches : elle pourrait réinstaller confortablement les patients, changer leurs protections, donner les repas et même prendre du temps pour discuter avec eux et répondre à leurs interrogations. Le but n'étant pas que les infirmiers n'exécutent plus du tout ces tâches mais plutôt qu'elle soit là comme un support, une aide supplémentaire mais dédiées à ces tâches.

« Mais je me dis parfois un aide-soignant, tu vois dans nos... Parce qu'en fait, tu vois tout ce qu'on a fait aujourd'hui, des trucs. Moi ça m'arrive souvent où j'ai l'impression que je vais à la va vite, que je mobilise un patient un peu rapidement. Parce qu'en fait c'est surtout au moment où on va faire des trucs comme les changer ou je trouve que c'est très violent parfois quoi. Et des aides comme ça, parfois ça peut vraiment nous aider parce que tu n'as pas toujours quelqu'un de dispo pour t'aider. » E, 464-469

Pour finir, **la politique de gestion des accompagnants** aux urgences est actuellement controversée au sein de l'équipe. Certains pensent que limiter les accompagnants est une mesure positive car cela diminue l'une des sources de violence. En revanche, certains sont plus nuancés car estiment que cela peut également engendrer en conséquence de la violence de la part du patient se sentant seul.

« On sait aussi que la violence est aussi de la part des accompagnements et donc nous, on a interdit les visites pendant le COVID et puis on a essayé de continuer ça. Alors évidemment, on avait moins de violence de la part de l'accompagnement parce qu'il n'y en avait pas, mais je ne sais pas si finalement, ça ne génère pas aussi de l'impatience chez le patient. » N, 185-189

En conclusion, comme le souligne l'un de nos interviewés, **une réelle politique de gestion de la violence** devrait être mise en place afin de tenter de réduire l'incidence et les impacts de celle-ci. Des solutions misent bout à bout sont déjà un point positif mais ne permettent pas une vision globale du problème avec une prise en compte de tous les acteurs.

« C'est dommage qu'il n'y ait pas, pour moi il n'y a pas une vraie volonté institutionnelle d'y mettre les moyens, en tout cas je ne pense pas, clairement. Tant qu'il n'y a pas de grands incidents, on fait l'autruche. Ça doit passer par tout en fait, tous les intervenants : aussi bien que nous que les différentes hiérarchies. » K, 344-348

De plus, même si des solutions peuvent être mise en place du côté des patients, il peut se révéler parfois difficile d'avoir un réel impact sur leurs comportements. Il semblerait que les mesures pouvant être mise en place du côté des soignants et de l'hôpital pourrait démontrer davantage d'impact positif car en travaillant sur de nombreux points de leur quotidien, cela pourrait entraîner des répercussions positives sur les attitudes des patients également : le fameux effet boule de neige !

« Je pense qu'on a plus à gagner d'essayer de nous gérer cette violence personnellement et de mettre des choses en place en tant que soignant pour l'éviter le plus possible plutôt que d'essayer que l'humain change. (...) il y a des choses sur lesquelles on peut jouer et des choses sur lesquelles on a difficilement d'impact. Nos propres comportements, même si voilà, comme je dis, y a le quotidien, aussi une vie privée qui peut influencer au jour le jour ces comportements. (...) Je pense qu'il y a possibilité de mettre des choses en processus de soins dans le service pour en tout cas fluidifier, rendre plus clair la manière dont on travaille. » N, 337-346

Chapitre 4 : Discussion

Ce chapitre s'appuie sur l'interprétation des résultats obtenus tout au long de notre recherche exploratoire permettant d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche posée à savoir :

Comment prévenir les comportements violents et améliorer les relations de soins aux urgences ?

Notre objectif étant de mettre en lumière les causes principales d'émergence de comportements violents aux urgences afin d'identifier des leviers permettant de prévenir ceux-ci. Nous envisageons également des pistes de solutions concrètes aux causes évoquées pour tenter d'amenuiser la violence dans les relations de soins.

Nos recherches ont démontré à quel point la violence représente un défi complexe et multifactoriel nécessitant une approche globale. De nombreux acteurs et facteurs entrent en ligne de compte lorsqu'on parle de la violence, il est donc nécessaire de réfléchir à cette dernière sous différents angles en combinant les points de vue.

Les différentes méthodes utilisées ont contribué à enrichir notre réflexion et notre vision de la violence.

Afin de répondre à notre question de recherche, il nous paraît primordial de comprendre les sources de la violence et de pouvoir identifier les causes inhérentes aux patients mais également aux soignants. Une réelle réflexion est donc indispensable afin d'identifier les sources possibles et pouvoir, dès lors, réfléchir à des pistes de solutions concrètes à instaurer dans une réelle politique de gestion de la violence au sein de l'hôpital.

Nous développerons donc, au fur et à mesure de cette discussion, de nombreuses pistes de réflexion nous menant vers diverses solutions afin d'apaiser les relations de soin.

1. La compréhension des causes de violence dans la relation soignant-soigné

Dans un premier temps, il nous semble indispensable de comprendre les différentes causes de la violence. A travers ce mémoire, nous avons tenté de développer et trouver un sens à un maximum de causes envisageables. Le but de cette discussion n'est pas d'énumérer et

d'expliquer à nouveau chacune de celles-ci mais plutôt d'avoir une réelle réflexion au regard de toutes les informations obtenues au fil de notre travail.

Tout d'abord, il nous semble important de souligner à nouveau le fait que ce mémoire se concentre sur le ressenti des soignants, n'excluant toutefois pas des causes de violences diverses pouvant émaner tant des patients que des soignants. Il est donc essentiel, pour un soignant, de garder cela en tête afin de se rendre compte des répercussions de son propre comportement.

Au début de ce mémoire, nous partions de la préconception que « la violence provient des patients » et pourtant... Aujourd'hui, après un an de travail sur le sujet, un changement de vision peut être relevé.

De ce fait, nous pensons que l'un des premiers points clés à développer dans ce vaste sujet qu'est « l'impact de la violence dans la relation soignant-soigné » est qu'en tant que soignant, il est important d'être conscient de son propre rôle dans le développement de tels comportements.

(de Vaux, 2019) insiste d'ailleurs sur le cercle vicieux que les comportements des soignants peuvent représenter : « Fatigués, surchargés de travail, leur patience et leur empathie s'émoussent et ils apparaissent parfois comme durs, inhumains envers les patients, entraînant alors la colère de ceux-ci et de leur famille. Ce point crucial de la posture du soignant est à l'origine du cercle vicieux »

Attention, le but ici n'est pas de culpabiliser les soignants ni de trouver un responsable mais simplement de partir d'un regard neutre afin de pouvoir se rendre compte de notre propre impact car, au sein d'une relation, deux personnes interviennent.

De nombreuses causes de développement de comportement violents ont pu être abordées lors de ce mémoire. Nous avons pu faire une multitude de rapprochements entre la littérature et les ressentis de nos interviewés. La violence peut émaner tant des soignants que des patients et peut être générée par toutes sortes de facteurs : l'environnement au travers de l'architecture et de la surcharge de travail, le contexte stressant et anxiogène des urgences, la multitude de normes et cultures influençant nos préconceptions et comportements et la communication entre le soignant et le soigné qui émerge comme un élément crucial à considérer.

L'empathie et l'humanisation sont plus qu'importantes dans ce volet des causes car, pour tenter de comprendre tout un chacun, ce sont deux indispensables.

Nous comprendrons qu'en tant que soignant, il est plus que bénéfique d'appréhender ces différentes causes de manière humaine et de soutenir le patient au mieux en mettant en place diverses choses. Les causes émanant des soignants nous semblent donc être un levier important à développer en vue de l'amélioration des relations.

A l'inverse, concernant les patients, il existe de nombreuses possibilités d'intervention, mais notre capacité d'action est limitée car changer un comportement nécessite une démarche personnelle qu'il nous est impossible d'imposer. Cependant, nous pouvons le faire de manière indirecte en agissant sur les facteurs déclenchants afin de tenter de minimiser leurs apparitions.

Les causes fréquentes de manifestations de la violence de la part des patients sont : le stress, la frustration, l'incompréhension et l'attente. Il y a des règles à respecter, une routine de service et une charge de travail influençant la prise en charge des patients.

Pour cela, agir dans le but d'une prise de conscience de ces différents aspects par les patients afin d'améliorer les causes de montées de violences, nous semble une manière de travailler indirectement sur le versant des patients.

2. Les conséquences et impacts de la violence sur la relation

Au vu de l'ensemble de nos résultats, nous ne pouvons qu'affirmer l'impact négatif de la violence sur la relation soignant-soigné avec divers retentissements :

« Les travailleurs victimes de violence au travail sont susceptibles de signaler des niveaux plus élevés de stress, d'épuisement professionnel, de dépression, d'anxiété et une moindre satisfaction au travail. (...) De plus, la violence au travail a été associée à des résultats organisationnels négatifs tels qu'un engagement organisationnel réduit, une performance au travail réduite, une qualité des soins réduite et une intention accrue de roulement de personnel. (...) La violence peut avoir un impact négatif à la fois sur le bien-être psychologique et physique du personnel de santé, sur la motivation professionnelle des travailleurs et sur la qualité des soins prodigués. » (Portoghese et al., 2018)

Le métier d'infirmier a, durant de longues années, été considéré comme une vocation. Même s'il est vrai que cette idée semble de plus en plus révolue, il est indéniable que cette profession nécessite certaines compétences émotionnelles afin de prendre soin.

Au fil du temps, étant exposé de façon récurrente à la violence, certains infirmiers peuvent manifester une certaine perte de sens à leur mission première à savoir : prendre soin. De ce fait, des effets néfastes chez les infirmiers peuvent survenir car, étant confronté à cette violence et en quête d'un sens à leur métier, ils peuvent manifester des signes précurseurs de burn-out : déshumanisation, sarcasme, irritabilité, fatigue, ...

La violence doit donc être considérée comme l'une des causes pouvant entraîner une diminution de la qualité des soins prodigués aux patients.

Le risque de maladie longue durée voire de fuite du métier est omniprésent et devrait représenter une réelle inquiétude auprès des autorités au vu de la pénurie actuelle de soignants.

3. Les pistes de solutions

Le but de ce mémoire étant de trouver différents leviers afin de prévenir les comportements violents et, par ce biais, de tenter d'améliorer les relations de soins aux urgences, il nous semble important, dans ce chapitre, de discuter de possibles solutions. Différentes pistes ont été discutées lors de la partie résultats mais qu'en est-il vraiment ?

(Berlanda et al., 2019) insistent sur l'importance de « fournir au personnel une formation permettant d'améliorer les compétences de communication pour calmer les patients et les visiteurs, adopter des stratégies de désescalade et développer des capacités de résolution de conflits ».

A Saint-Pierre, plusieurs formations de ce type sont mises en place à savoir : la communication non-violente et de la gestion de l'agressivité.

De nombreuses autres mesures de prévention sont également mises en place : campagne d'affichage contre la violence, présence des agents de gardiennage et de caméras de sécurité, numéro de contact en cas d'urgence.

Tout cela semble une base déjà bien solide et pourtant, la violence est ressentie de manière presque quotidienne aux urgences du CHU Saint Pierre.

Selon (Lim et al., 2022) : « Il est indéniable que la violence au travail doit être abordée de manière plus globale, impliquant un partage des responsabilités à tous les niveaux. Il s'agit notamment des législations gouvernementales ; le dévouement, le soutien ferme, l'assurance et la politique clairement définie de la direction des soins de santé, les procédures de reporting

et la formation ; l'engagement des travailleurs de la santé à mettre à jour leur sensibilisation et leurs connaissances en matière de violence au travail ; et la fourniture d'un soutien et d'une assistance techniques de la part des organisations professionnelles ».

Afin de trouver des réels leviers à cette violence, il nous semble indispensable **de créer une réelle politique de gestion de cette dernière au sein de l'hôpital** impliquant l'ensemble des acteurs concernés. Chaque cause possible de la violence devrait être étudiée afin d'y trouver des possibles barrages et, s'il est possible de trouver des solutions du côté des patients, de nombreuses autres pistes peuvent être développées du côté des soignants afin de tenter d'amenuiser les conséquences néfastes de cette violence.

Il est important de reconnaître que la violence ne disparaîtra jamais complètement. Ainsi, l'objectif ici est plutôt de minimiser les effets de la violence en instaurant des mécanismes de protection pour les travailleurs, tout en s'efforçant de surmonter les obstacles qui favorisent l'expression de celle-ci.

Une réelle politique de gestion de la violence au sein d'une institution semble donc devoir impliquer un groupe de travail composé de différents acteurs clés et parties prenantes œuvrant ensemble afin de coconstruire des leviers, qu'ils soient humains, organisationnels ou architecturaux, en vue de développer une base solide pour un apaisement des relations de soins.

I. Préconisations

Une réelle prise en charge pluridisciplinaire mêlant plusieurs axes d'approche est nécessaire afin de tenter de prévenir les comportements violents et améliorer les relations de soins.

Au vu de la complexité du sujet traité, nous ne pouvons ni prétendre posséder une compréhension exhaustive du problème, ni de détenir une solution miracle pour éliminer la violence dans les services d'urgences.

C'est avec humilité que nous partageons ci-dessous quelques recommandations issues de notre méthodologie de recherche :

1. Au niveau des soignants

Nous recommandons aux soignants d'engager un processus de développement personnel continu en renforçant diverses compétences, connaissances et en travaillant sur leur bien-être. Questionner ses pratiques et se remettre personnellement en question en vue d'offrir des soins

de qualité empreints d'humanité tout en prenant soin de soi nous paraît indispensable pour apaiser les soignants dans leurs relations avec les patients.

De nombreuses pistes peuvent être mise en avant :

La prise **de conscience de leur propre rôle** à jouer dans le développement de comportements violents de la part des patients est essentielle afin de tenter d'améliorer les relations de soins. Il peut être difficile d'accepter sa part de responsabilité mais la remise en question est de mise dans le processus pour être un bon soignant.

Une attitude paternaliste et hiérarchique a longtemps été enseignée et fait partie intégrante de l'attitude de certains soignants. Pourtant cela peut être à l'origine de comportements violents de la part du patient se sentant en position dominée et voulant se défendre en affirmant ses besoins.

Cependant, la manière d'aborder le soin et le patient a évolué au fil du temps et différents **modèles de soins** voient le jour. Ces derniers pourraient représenter un réel bienfait s'ils étaient d'application aux urgences.

(Loignon & Boudreault-Fournier, 2012) mettent en avant l'idée de pratiquer « l'encadrement bienveillant » : *« nous définissons l'encadrement bienveillant comme étant une combinaison d'accompagnement dirigé, d'orientation, de soutien et de disponibilité engagés. Il repose sur une approche flexible et une compréhension approfondie des problèmes chroniques multiples et du contexte social du patient. »*

(Pétre et al., 2020) évoquent le modèle du « patient partenaire » considérant le patient comme un membre à part entière de l'équipe de soins. *« Cette perspective vise à rééquilibrer les rapports au savoir, au contrôle et au pouvoir entre les professionnels de la santé et les malades ; les savoirs expérientiels des patients deviennent complémentaires et interdépendants des savoirs scientifiques des professionnels de santé. »*

Le modèle de soins aux urgences du CHU Saint-Pierre pourrait être retravaillé en équipe selon certains de ces principes afin de tenter d'insuffler davantage d'humanité, de respect et de collaboration dans la relation de soins.

D'autre part, l'un des volets le plus important dans la relation soignant-soigné nous semble être la **communication** représentant un outil quotidien. En effet, favoriser une communication ouverte et empathique permettrait de désamorcer et prévenir des comportements violents.

L'**écoute** et la prise en compte des réels besoins des patients conduisent à une prise en charge plus humaine.

La formation apparait comme un outil indispensable en vue de développer de nouvelles compétences de communication, toutefois celle-ci se révèle insuffisante si elle n'est pas régulièrement renouvelée et étayée par différentes thématiques.

Au sein du CHU Saint-Pierre, des formations de communication non-violente et de gestion de l'agressivité sont mises en place mais semblent insuffisantes. De ce fait, le catalogue de formation pourrait être renforcé par différentes catégories et formes de communication : la communication thérapeutique, la communication interculturelle, le non-verbal, etc.

De plus, **une formation sur la multiculturalité** et les particularités des cultures les plus rencontrées peut contribuer à faciliter la communication soignant-soigné afin de mener à une meilleure compréhension dans le soin.

En effet, comme le disent (McGregor et al., 2019) « Cette formation fournit également des conseils sur la façon de communiquer avec les patients d'une manière culturellement compétente, sans mettre en évidence ni exacerber les stigmates potentiels qui peuvent constituer des obstacles aux soins. L'éducation aux compétences culturelles reconnaît l'importance des déterminants sociaux de la santé qui peuvent être particulièrement puissants pour façonner les résultats de santé des populations mal desservies »

Développer les compétences interculturelles peut donc représenter un réel levier au sein des urgences de Saint-Pierre. En diminuant les stigmas et en tentant de mieux comprendre l'autre, nous pouvons tenter de diminuer la violence inhérente aux soins prodigués.

(Horvat et al., 2014) mettent en effet en lumière : « L'intégration des compétences culturelles dans les systèmes de santé permet aux systèmes de fournir des soins appropriés aux patients ayant des valeurs, des croyances et des comportements divers, notamment en répondant à leurs besoins sociaux, culturels et linguistiques. »

Enfin, la déclaration d'évènements violents est un enjeu crucial pour permettre une communication de chiffres révélateurs aux autorités compétentes. Une réelle **sensibilisation** des infirmiers sur l'importance de la déclaration d'incidents serait profitable.

2. Au niveau organisationnel à Saint Pierre

a. Au niveau architectural

(de Vaux, 2019) nous évoque la restructuration du circuit patient dans un service d'urgences à Marseille en mettant en avant de nombreuses pistes également soulevées par nos interviewés.

Le circuit patient devrait être totalement repensé avec l'idée **d'une marche en avant** donnant au patient le sentiment d'avancer dans sa prise en charge.

L'accès aux urgences du CHU Saint-Pierre ne se fait pas librement, en effet un portique empêche un afflux massif en salle d'attente de personnes sans inscription. De plus, l'entrée au sein du service se fait via une porte à badge. Pourtant, nombreux sont les patients et accompagnants qui arrivent à accéder au service : les entrées et les sorties se font par la même porte, la différence étant que les sorties sont rendues autonomes via un bouton ceci facilitant l'accès furtif aux accompagnants et autres personnes ne devant pas se trouver dans les urgences.

Actuellement, une des solutions envisageables serait la présence d'un agent du gardiennage dans la salle d'attente afin de remplir plusieurs missions : dissuasion, médiation et filtration. Cependant, l'idéal reste malgré tout de repenser le circuit patient en utilisant un sens unique avec des entrées et sorties distinctes.

Enfin, **la création d'une salle d'attente** pour les patients attendant des résultats d'examens afin de les installer confortablement tout en gardant les chambres monitorées et équipées d'un brancard pour examiner d'autres patients et installer les cas les plus aigus.

b. Au niveau du bien-être du personnel.

Il serait judicieux de mettre diverses choses en place :

Tout d'abord, un réel **espace de pause** permettant de souffler serait un réel avantage pour le personnel soignant. En effet, prendre du temps pour soi, au calme permet de recharger les batteries avant de continuer sa journée.

Aussi, la création d'**espace de parole** pour les soignants avec différentes thématiques et problématiques pouvant aborder les phénomènes de violences est une idée pouvant favoriser la cohésion d'équipe ainsi que le sentiment d'être entendu et compris.

De plus, la **formation** des chefs d'unité et des collègues à la **détection précoce d'infirmiers présentant des signes de burn-out** permettrait de tenter d'agir de manière précoce auprès de ces soignants pour les aider à surmonter les difficultés rencontrées.

Enfin, **une meilleure prise en charge des soignants déclarant des événements violents** afin que ceux-ci se sentent compris, écoutés et qu'ils puissent objectiver l'importance de déclarer les événements aussi minimes soient-ils à leurs yeux. Cela permettrait de motiver les infirmiers à déclarer et, par cela, d'obtenir des chiffres reflétant davantage la réalité à présenter aux autorités.

c. Au niveau organisationnel

Pour commencer, le fait d'embaucher une **aide-soignante** aux urgences permettrait de ramener une certaine humanisation dans les soins. En effet, celle-ci pourrait se focaliser sur les tâches qui semblent être moins prioritaires pour les infirmiers et qui peuvent parfois être négligées.

Ensuite, la mise en place d'un projet en vue de **l'amélioration des conditions de travail** afin de réfléchir aux moments chronophages empêchant les infirmiers de se consacrer à leurs soins.

De plus, le **formulaire de déclaration d'événements violents** pourrait être retravaillé afin de séparer les objectifs de suivi de ceux des statistiques permettant ainsi d'avoir une vision globale et de pouvoir suivre les infirmiers nécessitant un accompagnement en fonction du formulaire complété. De plus, dès leur arrivée, les nouveaux engagés devraient être sensibilisés à l'importance de remplir les déclarations et les infirmiers déjà en poste devraient participer à des formations si nécessaire.

Le point suivant concerne la stratégie à adopter pour **les accompagnants**. Actuellement, les urgences de Saint-Pierre ont pris la décision de limiter l'accès des accompagnants, sauf dans des cas exceptionnels. Cette mesure vise à assurer un environnement de travail plus sûr pour le personnel soignant. Cependant, il est important de noter qu'aucune évaluation formelle n'a été effectuée pour étudier l'impact réel de cette restriction sur la gestion de la violence dans le service. Cette politique soulève donc des questions : est-ce une mesure qui prémunit de la violence ou en génère-t-elle davantage ?

Dans cette optique, il serait particulièrement intéressant de mener une étude approfondie afin d'évaluer de manière objective les effets de cette politique.

Ensuite, dans le volet communication, nous pouvons aborder la barrière de la langue comme étant un obstacle de prime abord mais pouvant être contré grâce aux nombreuses **technologies de traduction** disponibles. Il serait intéressant pour les hôpitaux d'investir davantage dans ce type de dispositif afin de faciliter la compréhension des patients et, ainsi, d'éviter la frustration de ce dernier.

Aussi, **les informations et explications données aux patients** semblent être un point d'attention particulier : le manque d'information est une source d'angoisse, de stress et d'incompréhension qui ne fait qu'attiser les risques de comportements violents. Une communication thérapeutique claire, adaptée et bienveillante paraît donc un outil indispensable.

Mais encore, **de réelles campagnes explicatives coconstruites avec les patients** afin de connaître leurs besoins en termes d'information pourraient apporter un certain apaisement dans la relation soignant-soigné.

De cette manière, nous pourrions **combinaison des méthodes informatives** afin de tenter de sensibiliser un maximum de patients. En voici quelques exemples : des petites campagnes explicatives sous formes de vidéos sous-titrées dans différentes langues, des messages clairs sous forme de phrases simples accompagnées de pictogrammes, des QR codes installés dans les urgences avec des explications sur le processus de soins disponibles dans les langues les plus couramment rencontrées facilitant ainsi la compréhension des patients quant au chemin de soins aux urgences. Aussi, les secrétaires pourraient informer les patients de la disponibilité de toutes ces informations dès leur inscription car mettre ces moyens à disposition n'est pas suffisant, il faut pouvoir informer le patient de ce qui est mis en place pour lui.

Ajoutons à cela, la présence d'un **médiateur interculturel** au sein des urgences peut représenter une réelle plus-value. Au-delà d'une « simple traduction » cela permettrait d'aider les soignants et les patients à apaiser leurs relations lorsqu'un conflit de normes apparaît.

Les tâches du médiateur peuvent se décomposer autour de 5 rôles (Verrept et Coune, 2016 ; Leanza et al., 2020) : un rôle d'interprétation linguistique, un rôle de support à la

communication, un rôle de « passeur de culture », un rôle de soutien aux patients pour l'amener à être un acteur dans la relation de soi, un rôle de défense des patients.

Actuellement, l'équipe semble peu informée de l'existence du service de médiation et ses membres y font très rarement appel.

Cela nous amène à aborder un dernier point dans cette section : **l'information du personnel concernant les ressources à leur disposition**. Il est crucial de mettre en place des aides, des services et des formations, mais si le personnel n'est pas informé de ce qui est disponible, il ne pourra pas en bénéficier. Il serait donc bénéfique de rappeler les prestations offertes par l'hôpital Saint-Pierre afin d'aider à prévenir la violence.

3. Au niveau des patients

Un changement de comportement de la part des patients est une démarche personnelle qui ne peut être entreprise qu'avec leur volonté. De nombreux leviers pour tenter d'améliorer les relations de soins sont entre leurs mains : ceux-ci peuvent s'informer sur le fonctionnement du système de santé et plus particulièrement des services d'urgences.

Lorsqu'on se trouve dans un lieu public, comme un hôpital, un certain civisme est attendu au travers de certaines normes. Nous pouvons parler ici de comportements déterminés socialement et donc attendus de la part des patients se présentant à l'hôpital. De plus, un règlement intérieur et une loi sont d'application dans le but de coordonner les urgences.

Cependant, l'ensemble de ces points dépend du bon vouloir du patient et de ses propres normes.

Nous pouvons, en revanche, espérer que les pistes de solutions réfléchies, si elles sont de rigueur, aient un impact positif sur les causes de violences émanant des patients et réduisent leur incidence.

4. Au niveau des décisions politiques

Nos résultats ont pu mettre en avant le manque d'information des patients. Au-delà de la structure en elle-même, l'information passe également par **l'éducation pour la santé**.

La compréhension du rôle des urgences devrait être davantage mis en avant par les politiques car de nombreux patients confondent urgences et rapidité et s'y rendent pour des raisons inappropriées. Il nous semble indéniable que le manque d'éducation à la santé joue un rôle dans le développement de violence aux urgences.

La littératie en santé et donc la capacité des personnes à trouver, comprendre, évaluer et utiliser les informations pour la santé reste, de ce fait, un enjeu majeur en vue d'une utilisation optimale du système de santé.

Enfin, une réelle revalorisation du métier d'infirmier paraît indispensable. La vocation du métier d'infirmier semble révolue et de moins en moins d'étudiants se lancent dans ces études rallongées de 3 à 4 ans il y a peu. La pyramide des âges du métier devrait inquiéter davantage les autorités car cette pénurie ne va faire que s'accroître d'années en années.

Finalement, qui aurait envie de s'engager dans un métier aussi prenant et de subir des violences presque quotidiennes sur son lieu de travail ?

II. Forces et limites

Ce travail de mémoire présente certaines **limites** qu'il est important de souligner.

Tout d'abord, nous abordons une problématique complexe pouvant présenter certains tabous.

Nous nous sommes concentrés uniquement sur notre lieu de travail et avons donc interrogé nos propres collègues ce qui peut induire un biais de désirabilité sociale. Nos collègues ont-ils répondu sincèrement ou ont-ils répondu ce qu'ils pensaient que nous voulions entendre ou ce qui était politiquement correct de dire à haute voix ?

De plus, étant nous-même confronté à la violence et ayant nos propres préconceptions, certains biais de confirmations ne pourraient-ils pas s'être glissés dans notre analyse. Nous avons tenté de rester le plus neutre possible afin d'éviter au maximum ce type de biais mais cela peut représenter une limite à souligner.

Les résultats issus de notre analyse des données recueillies par cette approche qualitative concernent un échantillon limité (n=14), ces résultats ne peuvent pas être généralisés à une population mais ils peuvent être transférés à un établissement dans un contexte similaire.

Nous avons peu de moyens pour réaliser cette recherche ainsi nous étions seules pour mener

les entretiens et les analyser selon notre propre interprétation des données, ce qui relève d'une part de subjectivité.

Par ailleurs, en raison de considérations éthiques et de contrainte temporelle, nous n'avons pas pu inclure d'entretiens avec des patients dans cette étude, nous avons donc décidé de nous concentrer sur le point de vue unique des soignants. Cependant, la confrontation de ces perspectives avec celles des patients aurait pu apporter une valeur ajoutée significative.

Enfin, le sujet de la violence étant vaste et multifactoriel, nous avons tenté de travailler de la manière la plus structurée et logique possible. Cependant, nous reconnaissons pleinement que ce travail ne peut pas explorer en profondeur tous les aspects car cela dépasserait le cadre du mémoire. Il nous paraît donc intéressant que d'autres recherches complète la nôtre.

Ce travail de mémoire présente aussi des **forces** à mettre en avant.

Pour tenter d'obtenir des données riches et nombreuses, nous avons multipliés les méthodes à des fins de triangulation : une recherche documentaire, des entretiens avec des témoins privilégiés, des entretiens avec les acteurs de terrain ainsi qu'un focus group. Le regroupement de ces méthodes nous a permis d'en apprendre davantage sur la violence et d'augmenter notre compréhension de ses mécanismes.

De plus, le fait d'avoir interrogé nos propres collègues peut, comme expliqué, représenter une limite mais également une des forces de ce travail. Etant collègue et partageant de nombreux moments ensemble, une certaine confiance est installée et ceux-ci ont justement pu se sentir rassuré d'être interrogé par l'une d'entre eux. La problématique de la violence étant un sujet récurrent dans le service, les collègues ont pu voir en ce mémoire, une chance d'être écouté et voir la possibilité de faire circuler de manière anonyme des propos parfois sensible à véhiculer.

III. Pistes de recherche

Nous ne prétendons pas que ce mémoire couvre de manière exhaustive toutes les dimensions de la violence, et nous sommes convaincus que de nombreux aspects supplémentaires pourraient encore être explorés. Nous avons toutefois identifié quelques pistes intéressantes pour des recherches futures.

Tout d'abord, nous avons fait le choix délibéré de ne traiter que deux formes de violence (physiques et verbales). Pour autant, de nombreuses autres formes peuvent exister et venir entraver la relation soignant-soigné.

Par exemple, la violence sexiste aurait pu être abordée par certains répondant. Pourtant, nous n'avons rien relevé de réellement remarquable à ce sujet. Plusieurs explications peuvent sans doute être relevées : le rapport de force au sein des urgences Saint-Pierre est-il ressenti différemment au vu du nombre de collègues masculins ? Les interviews n'étaient pas orientées vers cette forme de violence, celle-ci n'a donc peut-être pas su se développer dans les propos des interviewés ? Notre échantillon étant composé de nombreux hommes, cela a pu influencer la non-expression d'une forme sexiste de violence. Il nous semblait important de relever cette réflexion apparue à posteriori des entretiens car c'est un point intéressant à mettre en avant, le sexisme pouvant induire de la violence envers une profession majoritairement féminine. Cette perspective n'a pas été explorée dans notre étude mais mériterait donc une attention particulière.

Il pourrait également être pertinent d'interroger les infirmiers sur leurs perceptions du sentiment de violence structurelle, conformément à la théorie de (Galtung, 1969) : le sentiment de violence structurelle peut croître lorsqu'un sentiment d'inégalité s'installe pouvant générer des tensions, des frustrations et un sentiment d'injustice alimentant ainsi une perception accrue de la violence structurelle. Les infirmiers ont-ils le sentiment d'être confronté de manière plus régulière à la violence ? Y aurait-il un sentiment croissant d'injustice ou de violence structurelle côté patients ?

D'autre part, nous avons également pu mettre l'accent sur l'importance d'interroger les patients afin d'avoir une vision plus globale du phénomène de violence en impliquant l'ensemble des acteurs.

Notre méthode pourrait également être utilisée dans d'autres hôpitaux afin de recueillir les ressentit d'autres soignants et identifier les résultats pouvant être généralisés.

Enfin, il pourrait être intéressant d'étudier le rôle de l'accompagnant ainsi que le rôle qu'il peut jouer dans le développement de comportements violents. Est-ce qu'interdire la présence d'accompagnants au sein des urgences est une méthode efficace pour diminuer les sources de violence ou est-ce que cette décision peut mener à un cercle vicieux rendant les patients davantage nerveux en l'absence d'un proche ?

Conclusion générale

La violence dans la relation soignant-soigné est un phénomène de santé publique plus qu'alarmant nécessitant une réelle prise de conscience de la part de l'ensemble des parties prenantes. Une attention particulière devrait être apportée autour de cette problématique au vu des nombreuses répercussions que celle-ci peut avoir au niveau des personnes et du système de soins.

Aux urgences, de multiples facteurs peuvent influencer la relation entre un soignant et le patient en engendrant des conséquences dramatiques tant pour le patient et la qualité des soins qu'il reçoit que pour le soignant en quête de sens dans leurs pratiques.

Ce mémoire a donc permis de nous interroger sur : **Comment prévenir les comportements violents et améliorer les relations de soins aux urgences ?**

La réponse à cette question est aussi complexe que le sujet qu'elle aborde. Nous sommes convaincus que la violence ne disparaîtra jamais totalement, mais nous pensons que la coopération et l'humanisation sont les maîtres mots pour prévenir son apparition et améliorer les relations de soins.

La création d'une réelle politique de gestion de la violence multifactorielle impliquant tous les acteurs nous semble indispensable afin de prévenir les comportements violents. Des solutions mises bout à bout sans concertation et sans une réelle cohésion nous semble, à l'heure actuelle, inefficace et pouvant être vu comme « vouloir éteindre un incendie de forêt avec une goutte d'eau » : l'idée est là mais ce n'est pas suffisant pour réellement voir des bénéfices sur le long terme.

Au fil de notre travail, nous avons identifié de nombreux leviers pour atténuer la violence aux urgences, qui reposent principalement entre les mains des soignants et de l'institution. Placer l'humain au cœur de la relation représente l'une des clés à suivre : avant d'être soignant ou patient, nous sommes tous humains. Insuffler de l'empathie dans la relation et considérer chaque individu dans sa globalité, au-delà de sa pathologie, sont des piliers essentiels pour apaiser les relations de soins.

Cela ne veut en aucun cas signifier que le patient n'a pas sa part de responsabilité dans le développement de comportement violents. Nous n'avons interrogé aucun patient dans le cadre de ce travail et il est donc impossible d'exprimer leurs ressentis.

En revanche, nous avons interrogé des soignants qui, à travers différents entretiens ont pu dégager de nombreuses pistes.

Les pistes de solutions nous semblent donc davantage émaner des soignants et des institutions qui, ensemble, représentent un réel levier afin de tenter de prévenir les comportements violents et améliorer les relations de soins.

D'après notre analyse, en travaillant sur différents leviers comportementaux, organisationnels et architecturaux, nous avons bon espoir que les relations de soins s'apaisent.

En faisant des urgences un endroit moins anxiogène, en travaillant sur l'organisation du service et son architecture, en formant le personnel et en favorisant la remise en question des soignants, les retombées positives sur les patients et donc sur leurs comportements seraient possibles. Faisant d'une pierre, deux coups en diminuant tant les facteurs favorisant la violence émanant des soignants que ceux émanant des patients.

Ce mémoire repose exclusivement sur les perceptions des infirmiers d'un hôpital spécifique à Bruxelles. Il serait particulièrement intéressant d'élargir cette étude à d'autres services de soins et à d'autres établissements hospitaliers. Une collaboration étendue pourrait en effet enrichir la recherche et la mise en œuvre de solutions.

De plus, les perspectives des patients n'ont pas pu être interrogées et cela pourrait réellement représenter une source d'information indéniable afin de coconstruire des solutions durables pour pérenniser la relation soignant-soigné.

Au vu de nos résultats pour l'hôpital Saint-Pierre, si cette réalité se transpose à d'autres hôpitaux cela ne fait qu'accentuer l'inquiétude que nous avons concernant les impacts négatifs sur la qualité des soins et pour la pérennisation du métier d'infirmier.

Il nous semble donc envisageable de prévenir les comportements violents et d'améliorer les relations de soins aux urgences mais seulement si les causes sous-jacentes sont étudiées et comprises afin de développer une approche multidimensionnelle impliquant l'ensemble des acteurs concernés dans le but de développer une réelle politique de gestion de la violence travaillant sur différents axes de manière conjointe : la communication, la formation, l'information, l'architecture, le trajet de soin, les conditions de travail, l'humanisation dans les soins,...

Bibliographie

Berlanda, S., Pedrazza, M., Fraizzoli, M., & De Cordova, F. (2019). Addressing Risks of Violence against Healthcare Staff in Emergency Departments : The Effects of Job Satisfaction and Attachment Style. *BioMed Research International*, 2019, 1-12.

<https://doi.org/10.1155/2019/5430870>

Casalino, E., Choquet, C., Thomas, S., Erhel, S., & Cossard, P. (2015). La violence dans les services d'urgences : Évaluation d'une politique de réduction de la violence dans un service d'accueil des urgences parisien. *Annales françaises de médecine d'urgence*, 5(4), 226-237.

<https://doi.org/10.1007/s13341-015-0558-z>

CODE DE DEONTOLOGIE DES PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER BELGES. (2017, décembre 13).

Santé Publique. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/code-de-deontologie-des-praticiens-de-lart-infirmier-belges>

De Jager, L., Deneyer, M., Buyl, R., Roelandt, S., Pacqueu, R., & Devroey, D. (2019). Cross-sectional study on patient-physician aggression in Belgium : Physician characteristics and aggression types. *BMJ Open*, 9(12), e025942. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025942>

de Vaux, F. J. (2019). Réflexions sur la violence dans le service des urgences de l'hôpital Nord de Marseille. *Laennec*, 67(1), 38-46. <https://doi.org/10.3917/lae.191.0038>

Ferrari, R. (2013). *La violence aux urgences : Une triste réalité ?*

Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C., & Di Lorenzo, R. (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital : A cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 9, 263-275.

<https://doi.org/10.2147/PRBM.S114870>

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191.

HESBEEN, walter. (2018). *La dimension relationnelle du soin*. *Santé mentale*(230).

Horvat, L., Horey, D., Romios, P., & Kis-Rigo, J. (2014). Cultural competence education for health professionals. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(5), CD009405.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009405.pub2>

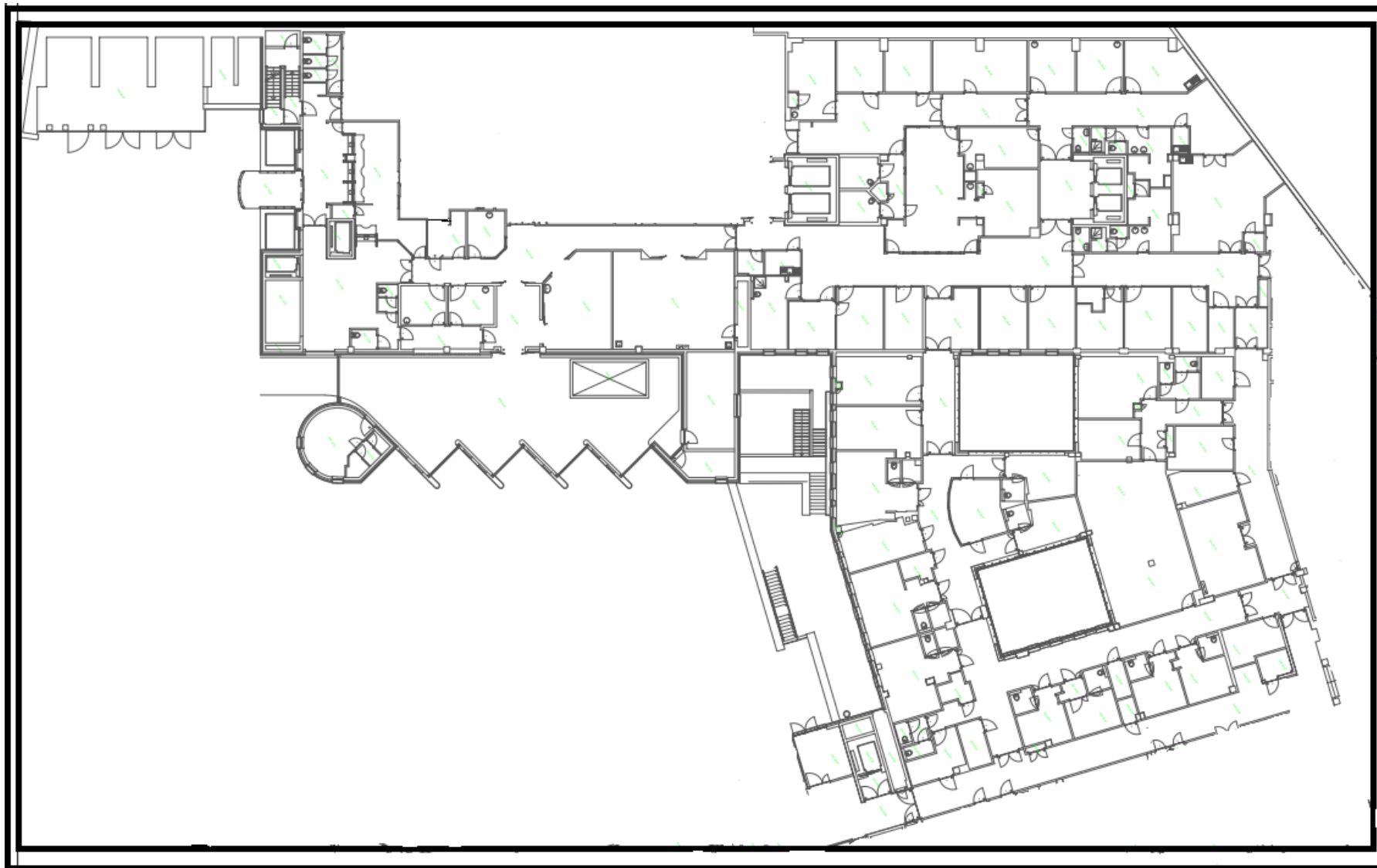
- Kuhlmann, E., Brînzac, M. G., Czabanowska, K., Falkenbach, M., Ungureanu, M.-I., Valiotis, G., Zapata, T., & Martin-Moreno, J. M. (2023). Violence against healthcare workers is a political problem and a public health issue : A call to action. *European Journal of Public Health*, 33(1), 4-5. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac180>
- Lim, M. C., Jeffree, M. S., Saupin, S. S., Giloi, N., & Lukman, K. A. (2022). Workplace violence in healthcare settings : The risk factors, implications and collaborative preventive measures. *Annals of Medicine and Surgery*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103727>
- Loignon, C., & Boudreault-Fournier, A. (2012). Du paternalisme à l'encadrement bienveillant. *Canadian Family Physician*, 58(11), e618-e619.
- McGregor, B., Belton, A., Henry, T. L., Wrenn, G., & Holden, K. B. (2019). *Commentary : Improving Behavioral Health Equity through Cultural Competence Training of Health Care Providers*. 29.
- Michaud, Y. (2014). Définir la violence ? *Les Cahiers Dynamiques*, 60(2), 30-36. <https://doi.org/10.3917/lcd.060.0029>
- OMS. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9241545615>
- Perron, A., Jacob, J. D., Beauvais, L., Corbeil, D., & Bérubé, D. (2015). Identification et gestion de la violence en psychiatrie : Perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*, 120(1), 47-60. <https://doi.org/10.3917/rsi.120.0047>
- Pétre, B., Louis, G., Voz, B., Berkesse, A., & Flora, L. (2020). Patient partenaire : De la pratique à la recherche. *Santé Publique*, 32(4), 371-374. <https://doi.org/10.3917/spub.204.0371>
- Portoghese, I., Galletta, M., D'Aloja, E., Finco, G., & Campagna, M. (2018). Patient verbal abuse, emotional exhaustion, and affective commitment among healthcare workers : A moderated mediation model of peer support. *Le travail humain*, 81(4), 307-329. <https://doi.org/10.3917/th.814.0307>
- Van Den Heede Koen et al. (2016, mars 29). *Organisation et financement des services d'urgence en*. <https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/organisation-et-financement-des-services-durgence-en-belgique-situation-actuelle-et-possibilites-de>
- Verwee Isabel, Dormaels Arne et Vermeulen Christophe. (2022). Cartographie des violences contre les ambulanciers, les pompiers et les travailleurs des services d'urgence. *Vias Institut, rapport 2022*.

Annexes

Annexes I : Le plan des urgences Saint-Pierre de Bruxelles

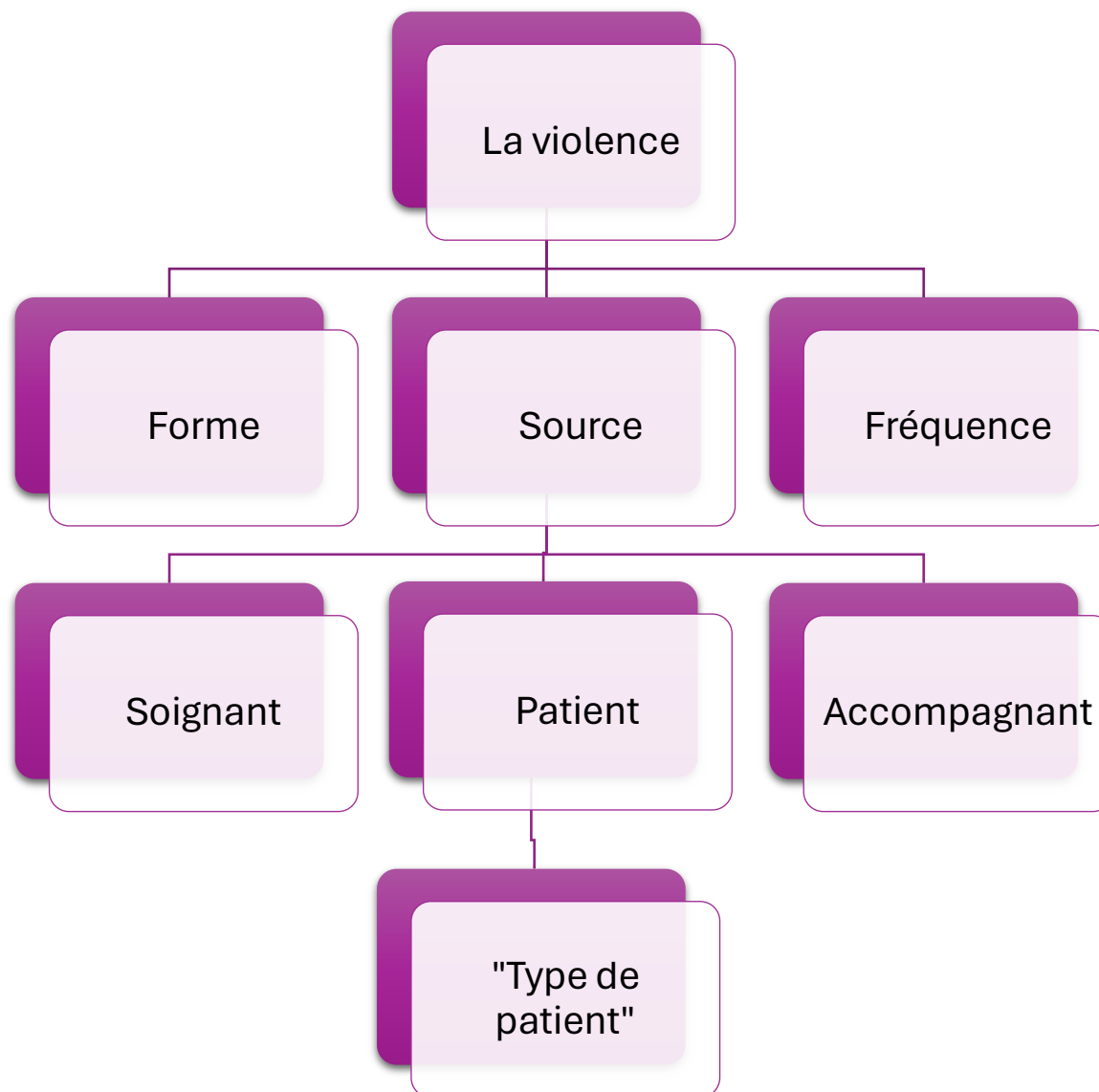
Annexe II : Les arbres thématiques

ANNEXE I : le plan des urgences Saint-Pierre de Bruxelles

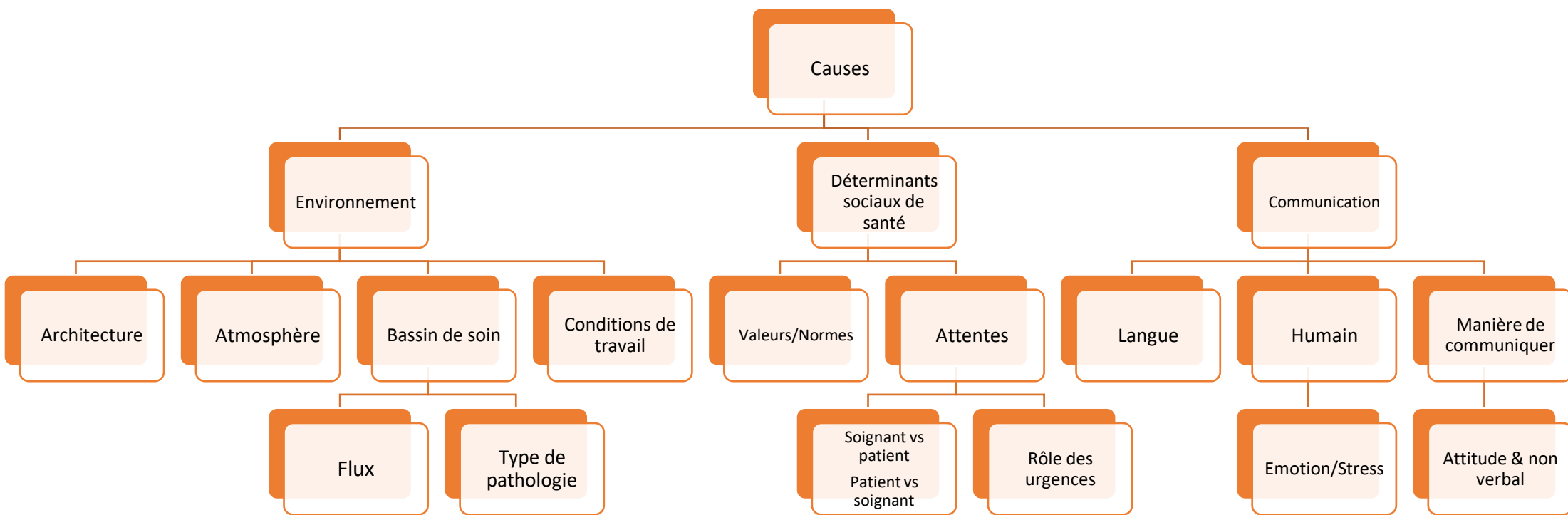


Annexe II : les arbres thématiques

Arbre A : les situations de violence



Arbre B : les causes de la violence



Arbre D : les solutions pour faire face à cette violence

