



# **La prise en charge d'un patient agité dans un service d'urgences**

**MANUELA RIESEN**

**Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers**

**SAMANTHA LAROSE**

**Étudiante Bachelor – Filière Soins infirmiers**

**Directrice de travail : ANNE FRANÇOISE PIRLET**

**TRAVAIL DE BACHELOR DÉPOSÉ ET SOUTENU A LAUSANNE EN 2014 EN VUE DE  
L'OBTENTION D'UN BACHELOR OF SCIENCE HES-SO EN SOINS INFIRMIERS**

**Haute Ecole de Santé Vaud**

**Filière Soins infirmiers**



## **AVERTISSEMENT**

Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute Ecole de Santé Vaud, du Jury ou de la Directrice du Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste de références bibliographiques.

Lausanne, le 26 juin 2014

Manuela Riesen

Samantha Larose

## **REMERCIEMENTS**

Nous souhaitons remercier Madame Pirlet, notre Directrice, pour son engagement, son soutien et sa disponibilité dans la réalisation de notre travail. Un grand merci à Madame Zumkeller pour la relecture et la correction de cette revue, à Elodie Bobst pour ses conseils en mise en page, ainsi qu'à Monsieur Perriraz pour l'impression de ce travail.

Je souhaite remercier Manuela pour son soutien et son amitié tout au long de ces trois années de formation. Je souhaite remercier mes parents, mon époux Maxime et ma fille Manon pour leur soutien sans failles, leurs encouragements et leur engagement tout au long de ma formation et sans qui rien n'aurait été possible... Merci d'avoir cru en moi.

Samantha

Je souhaite remercier ma famille et mes ami/e(s) pour leur encouragement, leur soutien et leur écoute tout au long de la réalisation de notre travail de bachelor et durant mes trois années de formation. Un merci particulier à Madame Letizia Aviolat. Je tiens également à remercier Madame Samantha Larose pour son soutien et son amitié tout au long de ces trois dernières années.

Manuela

## **RESUME**

L'admission d'un patient agité dans un service d'urgences est une préoccupation fréquente pour le personnel soignant. Cette situation peut avoir des conséquences néfastes sur le fonctionnement d'un service d'urgences. Le patient agité est souvent sous l'emprise de l'alcool ou de stupéfiants, sa prise en charge nécessite l'utilisation de techniques spécifiques. L'objectif de cette revue est d'identifier les interventions infirmières les plus efficaces pour diminuer l'agitation d'un patient entre 18 et 65 ans dans un service d'urgences. Les résultats ont été catégorisés selon le modèle conceptuel de King. Il a été relevé que l'approche relationnelle, le soutien de la hiérarchie, la formation et la structure adaptée des locaux sont primordiaux. Ce travail permet d'élaborer des recommandations concrètes pour la pratique infirmière en Suisse.

Mots-clés :

Nursing intervention(s) – nursing care – agitation – emergency department – emergency service – emergency service hospital.

## Table des matières

<b>1. Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Problématique .....</b>	<b>1</b>
2.1 Question de recherche.....	3
<b>3. Concepts.....</b>	<b>3</b>
3.1 L'agitation.....	3
3.1.1 Identification, description et qualification des états d'agitation.....	5
3.1.2 Liens et différenciations entre agitation, agressivité et violence .....	7
3.2 Les urgences.....	8
<b>4. Cadre théorique : Modèle conceptuel de King.....</b>	<b>9</b>
<b>5. Méthodologie .....</b>	<b>11</b>
<b>6. Grilles de lecture des articles .....</b>	<b>12</b>
6.1. 9ème conférence de consensus, Agitation en urgence (Petit enfant excepté), Texte long....	12
6.2. Enquête sur la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'accueil et d'urgences en France .....	17
6.3. Prise en charge des états d'agitation extrahospitaliers : le point de vue de l'urgentiste .....	21
6.4. Gestion des agressions liées à l'alcool dans un service d'urgences (traduit de l'anglais) ....	27
6.5. Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients .....	31
6.6. Gestion non pharmacologique de la violence dans les situations d'urgences psychiatriques (traduit de l'anglais).....	38
6.7. Violence liée aux patients au tri des urgences : une étude qualitative descriptive (traduit de l'anglais).....	44
6.8. Rapport annuel 2012, Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS).....	54
<b>7. Résultats.....</b>	<b>59</b>
7.1. Le système personnel.....	59
7.1.1 Caractéristiques, causes et facteurs favorisant l'agitation .....	59
7.1.2 Les indicateurs prédictifs de l'agitation .....	59
7.1.3 Caractéristiques des victimes de l'agitation .....	59
7.2. Le système interpersonnel.....	60
7.2.1 Les interventions infirmières préconisées face à un patient agité .....	60

7.3. Le système social .....	61
7.3.1 Le travail d'équipe .....	61
7.3.2 Aspects environnementaux.....	61
<b>8. Discussion.....</b>	<b>62</b>
Sur les résultats des articles .....	62
Perceptives et importance pour la pratique .....	62
Limites de la revue de littérature.....	63
<b>9. Conclusion .....</b>	<b>63</b>
<b>10. Liste des références bibliographiques .....</b>	<b>65</b>
<b>11. Annexes .....</b>	<b>68</b>

## **1. Introduction**

Notre travail de Bachelor Thesis traite d'une problématique en lien avec l'agitation. Nous avons choisi de travailler ce concept car, lors de nos stages, nous avons été confrontées à l'agitation des patients, soit en milieu somatique, soit psychiatrique. Nous avons constaté que ces états d'agitations incontrôlables sont souvent sources de difficultés pour l'équipe soignante qui, malgré ses connaissances théoriques dans la gestion de crise, paraît démunie face à la situation. De plus, de nombreux médias évoquent les difficultés que pose cette thématique, particulièrement dans les services des urgences, « porte d'entrée » et d'accueil de l'hôpital. D'un point de vue personnel, l'une souhaitant s'orienter vers le milieu psychiatrique et l'autre dans un service d'urgences, ce travail, alliant une approche relationnelle et un service somatique, nous convenait à toutes les deux.

Afin d'intégrer notre travail dans une réalité de soins, nous avons été à la rencontre d'une équipe des urgences. Cette entrevue nous a permis de valider notre problématique et d'apporter un regard pratique à notre recherche. De plus, nous avons dirigé nos recherches sur des articles nous apportant des interventions applicables en Suisse.

## **2. Problématique**

L'admission des patients agités dans un service d'urgences est une préoccupation fréquente pour le personnel soignant. Le nombre de cas d'agitation aux urgences concernerait un patient sur cent (Thys, Manara & Deschietere, 2011). Selon le rapport annuel du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) à Lausanne, 36'694 personnes ont été admises aux urgences du CHUV en 2011. N'ayant pas d'éléments plus détaillés sur les raisons des admissions au CHUV, les données ci-dessus ont été interprétées de la façon suivante : 1% de 36'694 est égal à 367 patients agités admis aux urgences du CHUV durant l'année 2011. De plus, selon Bourdinaud et Pochard (2003), « la prévalence croissante des états d'agitation dans les services d'accueil des urgences est un phénomène peu étudié au niveau épidémiologique », ce qui explique le peu de données à disposition.

Pour Zoupanos Bujard et Bryois (2005), la plus grande fréquence des agitations se manifeste chez les personnes âgées, les hommes de 30 à 34 ans et les femmes de 45 à 49 ans. Thomas, Le Pape, Py-Leroy & Tourinel (2010), précisent que les admissions des patients agités sont plus fréquentes la nuit et le week-end. Selon les différents auteurs cités ci-dessus, l'état d'agitation est très fréquemment lié à l'abus de substances psycho-actives ou au sevrage de celles-ci; l'alcool et les médicaments sont souvent évoqués. Des causes psychiatriques ont aussi été mises en évidence. L'état d'agitation peut aussi être secondaire à une affection médicale telle que les troubles ioniques et l'hypoglycémie. Zoupanos et al. (2005), avancent les chiffres suivants : les causes organiques et toxiques représentent



chacune 25% des étiologies d'agitation, les causes psychiatriques à elles seules représentent 62% des cas.

L'arrivée d'un patient agité dans un service d'urgences somatiques peut entraîner des conséquences néfastes sur le fonctionnement de ce dernier par son effet déstabilisant sur le groupe. Thomas et al. (2010), précisent que le malade agité peut mettre en péril la sécurité du personnel soignant, mais aussi celle des autres patients. De plus, la présence d'un patient agité nécessite l'intervention d'au moins cinq membres du personnel, ce qui peut porter atteinte à la prise en charge des autres malades. Dans une situation de crise, la mise en place de soins contraints, tels que les mesures de contention, risque de rompre le lien thérapeutique entre le personnel soignant, le patient et son entourage (Charpeaud et al., 2012).

Selon Thys et al. (2011), l'agitation, si elle devient incontrôlable, peut engendrer de la violence à l'égard du personnel et des autres patients. Des menaces verbales, des coups ou la fugue du patient hors de la structure hospitalière peuvent advenir.

Selon Thomas et al. (2010), «prendre en charge un état d'agitation nécessite une équipe formée et l'emploi de techniques spécifiques qu'il faut savoir mettre en œuvre» (p.435). Au-delà du symptôme de l'agitation, l'architecture des locaux, la dotation en personnel et la formation de ce dernier s'avèrent être des facteurs influençant la prise en charge des patients agités. Bourdinaud et Pochard (2003), relèvent que «85% des chefs de services considèrent qu'une meilleure gestion des états d'agitation repose sur la présence de locaux adaptés et sur une formation spécifique du personnel soignant». Thys et al. (2011), précisent « qu'une structure dont les ressources sont limitées sera vite déstabilisée par une agitation même modérée. Ainsi, toute stratégie ou procédure de prise en charge devra tenir compte de ces réalités locales ».

Il est important, pour la pratique infirmière, que les professionnels qui occupent des postes dans les services d'urgences soient formés et compétents pour la prise en charge des patients agités, qui représentent 1% des admissions. Pour éviter l'aggravation de la situation et la désorganisation des soins, les compétences spécifiques de l'infirmière vont permettre de diminuer la dangerosité du patient, d'améliorer l'acceptation des soins et l'exécution du bilan médical par le médecin (Thomas & al., 2010).

## **2.1 Question de recherche**

A ce jour, peu de stratégies émergent de la littérature sur le rôle autonome de l'infirmière en lien avec la gestion de l'agitation aux urgences. De plus, les recherches effectuées confirment notre question de recherche :

**Quelles sont les interventions infirmières non pharmacologiques  
les plus efficaces pour diminuer l'agitation  
d'un patient adulte (18-65 ans)  
dans un service d'urgences somatiques ?**

**Population :** patients agités, hommes et femmes, entre 18 et 65 ans, admis aux urgences somatiques, ce qui n'exclut pas que ceux-ci puissent présenter un problème psychiatrique

**Interventions :** interventions infirmières non pharmacologiques

**Comparaison :** aucune comparaison

**Outcomes :** le résultat attendu est la diminution de l'agitation

**Timeframe :** durant leur passage aux urgences

## **3. Concepts**

### **3.1 L'agitation**

L'agitation est considérée comme une urgence, en raison de son aspect désorganisateur pouvant mettre en danger le patient, les autres patients, le personnel soignant, ainsi que la société. L'un des objectifs primordiaux des professionnels de la santé travaillant aux urgences est de pouvoir déterminer le caractère psychiatrique ou somatique de ces états d'agitation, ces derniers ayant des répercussions sur le diagnostic, la prise en charge et l'organisation (Ducreux & al., 2002). Selon ces auteurs, « l'agitation se définit comme une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel ». Zoupanos et al. (2005), ajoutent « ...suscitant une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu ». Selon ces deux sources, la prévalence de l'agitation dans un service d'urgence se situe entre 0,8 et 1,2 % de la totalité des passages. Une enquête nationale sur les urgences, réalisée en janvier 2002 auprès de 150 services de France métropolitaine et concernant 10'000 patients, a mis en évidence un

lien entre l'âge des personnes se rendant aux urgences et leurs modes d'utilisation de ce type de service. Les adolescents (de 16 à 25 ans) consultent les urgences à raison de 5 % pour des problèmes psychiatriques et de violences, suivis par les adultes qui consultent à hauteur de 4 % pour des problèmes d'addiction ou de tentative de suicide. Quant aux patients de plus de 70 ans, ils se distinguent des autres catégories parce qu'ils sont dans la majorité des cas adressés aux urgences par un médecin traitant, à la différence des adolescents et des adultes qui s'y présentent plutôt de leur propre chef (Carrasco, 2005).

Divers auteurs dont Zoupanos et al. (2005), déjà cités, mettent en évidence trois étiologies à l'agitation:

- **les causes organiques** comprennent l'hypoxie, l'hypercapnie, les états de chocs, les hypoglycémies, les troubles électrolytiques, l'épilepsie, les hémorragies méningées, la douleur, les méningites, les accidents vasculaires cérébraux, les masses intracrâniennes, les globes vésicaux, les fécalomes, l'hyperthermie ainsi que les traumatismes méconnus.
- **les causes toxiques** comprennent l'alcool, les stupéfiants, les sevrages, les surdosages médicamenteux, ainsi que les interactions médicamenteuses souvent présentes chez les adolescents et les adultes. Ducreux et al. (2002), relèvent une prépondérance de l'intoxication éthylique et des causes toxiques chez les 13-19 ans.
- **les causes psychiatriques**, quant à elles, comprennent les accès maniaques, les bouffées délirantes aiguës, les schizophrénies, les délires chroniques paranoïaques, les syndromes démentiels, les personnalités antisociales, les attaques de panique, l'agitation hystérique, ainsi que les syndromes confusionnels. Ducreux et al. (2002), relèvent des causes psychiatriques, principalement chez les 20-54 ans et des causes multifactorielles après 55 ans, en raison de la fréquence des pathologies organiques (Tekatli, 2007).

Selon Ducreux et al. (2002) et Tekatli (2007), chez l'adulte, le grand enfant et l'adolescent, ainsi que chez la personne âgée, il existe différentes formes d'agitation nommées **contrôlables** ou **incontrôlables**.

- Chez les adultes, la forme "contrôlable" se manifeste par une détente au fil de l'entretien avec le soignant, une acceptation des soins, de l'examen somatique ... ainsi la collaboration soignant-soigné s'améliore progressivement.
- Toujours chez les adultes, la forme "incontrôlable" se répartit en deux sous-catégories, à savoir "avec violence", quand le patient est conduit aux urgences par la police, les pompiers ou le SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation), souvent d'ailleurs avec des signes d'imprégnation éthylique. Dans ces cas, aucun entretien n'est possible, le contact est difficile

et des violences sont présentes, telles que des coups, des crachats et des insultes. Quand il apparaît des signes de passage à l'acte violent imminent, c'est souvent que la prise en charge par les soignants n'a pu se faire rapidement.

- Chez le jeune enfant et l'adolescent, l'agitation se manifeste surtout à la suite d'une situation de crise familiale ou sociale. L'agitation se caractérise alors par un comportement inhabituel et une intolérance au regard des personnes de son environnement. La demande de prise en charge vient exceptionnellement de l'enfant ou de l'adolescent lui-même.
- Chez la personne âgée, l'agitation est agressive ou non, d'expression verbale et/ou physique.

### 3.1.1 Identification, description et qualification des états d'agitation

Ce n'est pas parce qu'il est capable de définir la notion d'agitation que le soignant sera pour autant capable de la reconnaître rapidement, de la décrire précisément et de la qualifier avec pertinence, si bien que s'ensuive sans délai la prise en charge la plus appropriée.

La psychologue et psychothérapeute libérale grenobloise Virginie Clain réussit si bien à décrire et qualifier les différents états d'agitation que nous nous autorisons à la citer in extenso:

L'agitation est « un comportement à **base d'excitation psychomotrice** où peuvent se manifester l'agressivité, la colère, la turbulence, le théâtralisme, l'érotisme, la violence, l'anxiété... » C'est un état de perturbation rendant compte de l'échec de l'individu dans son adaptation au monde. Le sujet agité paraît être dominé par un profond mal-être, une souffrance d'origine organique ou psychique. L'agitation peut être intense au niveau psychomoteur, dominant le tableau clinique (agitation franche) ou, au contraire, peu intense et constituer un symptôme secondaire (subagitation).

Dans **l'agitation franche**, le corps, dans son entier, semble devenir l'instrument d'une force obscure, l'éprouvant rudement.

Dans **le delirium tremens**, le corps entre dans des accès de tremblement et perd de sa coordination motrice (trouble de la marche, de la posture). La conscience est confuse, l'agitation grandit face à un monde angoissant, hostile (onirisme zoopsique ou socioprofessionnel) qu'il faut fuir ou combattre.

La perte de contrôle motrice très prononcée au cours de **la crise épileptique** (convulsions brèves, perte de conscience dans une atteinte des aires motrices, automatismes moteurs oraux et

génétaux, mâchonnement, mastication, déglutition, érection, sécrétions vaginales...dans une atteinte de l'aire temporale) rend le patient méconnaissable et énigmatique. L'agitation se complexifie dans l'atteinte temporale avec une conscience confuse, des hallucinations avec impression et phénomène d'étrangeté propices à l'angoisse et au passage à l'acte, et peut même persister après la crise et devenir furieuse.

Cette bouffée oniroïde se rencontre lors d'un état crépusculaire marqué par une obtusion intellectuelle, des hallucinations terrifiantes poussant au passage à l'acte impulsif (fugue, vol, incendie, destruction, exhibitions génitales, suicide, homicide). L'agité, en état d'alerte, semble exprimer une hypersensibilité dans sa manière de vivre son corps et le monde qui l'entoure mais, paradoxalement, une sorte d'insensibilité quant à la douleur et au mal qu'il se fait subir lui et les autres.

Ainsi, l'agitation, dans les débuts de **la schizophrénie**, se caractérise de plusieurs manières:

- soit par des impulsions infligées à soi (automutilation) et à autrui (proches, parents essentiellement)
- soit par une violence plus étendue (violence verbale, gestuelle, passage à l'acte sur autrui, soi, et les objets), assortie d'expressions théâtrales, d'un discours incohérent (salade de mots), de phases stuporeuses
- soit d'un état maniaque (euphorie, exaltation, expansivité, loquacité, quérulence, agressivité) atypique (absence d'antécédents maniaco-dépressif personnels ou familiaux, discordance (propos incohérents, agitation intermittente entrecoupée de pauses stuporeuses, opposition mutique)).

Ailleurs, cette force obscure place le patient au-dessus de toutes limites. Ainsi, **l'agitation du maniaque** déborde d'une humeur euphorique, expansive, ludique, toutefois, versatile, d'appétits pulsionnels inassouvis (faim, soif, insomnie, excitation sexuelle), d'hyperactivité désordonnée et inadaptée (gesticule, fait les cent pas, peut tout entreprendre sans trouver réellement d'aboutissement à ses projets). Le maniaque est tachypsychique (fuite des idées, attention dispersée, logorrhée), désinhibé, libre des valeurs morales et sociales, d'où les conduites médico-légales (attentats à la pudeur, escroquerie, fugue, excentricité, propos érotiques).

**L'agitation furieuse**, bien que rare, présente une colère extrême avec perte du contrôle réflexif. Elle est dangereuse et clastique (bris d'objets, de matériel). L'agressivité qui en découle n'est pas orientée, mais se manifeste de façon aveugle.

**L'agitation psychopathique** présente, souvent, un aspect théâtral, ainsi qu'une agressivité verbale, des actes impulsifs auto- hétéro- agressifs, une clasticité. A sa source se retrouvent une angoisse et une frustration insupportables.

**Les autres types d'agitations** sont moins violents au niveau psychomoteur. Et l'agitation n'est plus le symptôme dominant. Celle-ci se rencontre dans les syndromes neurologiques tels que l'hémorragie méningée, l'œdème cérébral, les encéphalites (particulièrement épidémiques), l'hypoglycémie et certaines maladies métaboliques. Ou encore dans les syndromes psychiatriques (bouffée délirante polymorphe, crise aiguë névrotique, démence).

Qu'elle soit du premier ou deuxième type, l'agitation présente toujours les mêmes particularités.

Premièrement, elle se voit **animée par un délire**. Dans la bouffée délirante polymorphe, l'adulte jeune s'excite, parle beaucoup, est agressif.

Deuxièmement, elle est **dominée par l'anxiété**. La névrosée, par exemple, est sujette à des craintes somatiques. Elle crie, pleure, gesticule beaucoup, tremble, elle s'étouffe, a peur de mourir.

Troisièmement, l'agitation va dans le sens de **l'opposition** (démence du sujet âgé). Elle est immotivée, fragmentaire, désordonnée, intermittente, et s'accompagne de trouble du langage (pauvreté du contenu verbal).

Dans tous ces cas, l'agitation n'est pas violente ou encore le devient rarement.

[psy-en-ligne.eu/Les-etats-dagitation.html](http://psy-en-ligne.eu/Les-etats-dagitation.html)

### **3.1.2 Liens et différenciations entre agitation, agressivité et violence**

Afin d'étayer et de préciser ce travail de recherche, il semble indispensable de définir et de différencier l'agressivité de la violence. Pour ce faire, il a été choisi de s'appuyer sur les écrits de Malchair, psychiatre belge qui, avec l'aide de Demaret, éthologiste, apporte différentes comparaisons entre les comportements humains et animaliers. Ainsi, Malchair (1986), définit l'agressivité comme « un comportement conduisant à l'éloignement ou la soumission du congénère envers qui elle s'exerce ; l'intention de destruction n'est donc pas nécessaire, car il s'agit plutôt d'une démonstration de force, mais ritualisée... » (p.2).

Selon Thys, Vermeiren, Laurent, Penalosa, Verschuren et Moulin (2010), l'agressivité est une « atteinte à la dignité et au respect de la personne mais demeurant gérable par une équipe ou un soignant... » (p.32).

Ces définitions permettent de comprendre les éléments suivants : l'agressivité semble être un comportement de défense qui se présente lors de conflits dans les relations interpersonnelles. Chacune des parties existe encore pour l'autre.

Lorsqu'il s'agit de définir la violence, Malchair (1986) s'appuie sur les éthologistes qui parlent de la violence dans les relations prédateur-proie, c'est ainsi une question de survie « lui ou moi ». Il cite aussi Bergeret, psychanalyste français, qui précise que la violence est « sans amour ni haine, sans préoccupation pour le sort de l'objet, ni même pour son existence » (p.2).

Ainsi, la violence est comprise comme un état de toute-puissance de la part de l'agresseur et la disparition, à ses yeux, de la dimension humaine de sa victime.

A la lumière de tous ces concepts, et après les avoir mis en commun, nous nous permettons de citer notre directrice de bachelor, Mme Pirlet, qui offre une vision globale de ces trois phénomènes.

Ces liens entre agitation, agressivité et violence sont capitaux. En effet, si la littérature scientifique accorde une certaine place à la problématique des patients agités, elle en accorde une bien plus grande à celle des infirmières victimes de la violence de leurs patients, notamment dans les services de psychiatrie, d'urgences, de réanimation et de gériatrie. Dans ces derniers articles, les infirmières sont plutôt présentées comme celles qu'il faut "soigner" afin qu'elles puissent guérir des séquelles des violences physiques ou psychologiques subies (Camerino D., Estryng-Behar M., Conway P.M. et al., 2007; Shields M. & Wilkins K., 2006). Ainsi, puisque l'agitation se manifeste souvent avant l'agressivité et la violence qui peuvent l'accompagner, la compétence des infirmières à procurer des soins optimaux aux patients agités réduira l'occurrence des actes agressifs ou violents à leur égard à elles, ainsi qu'envers les autres soignants, voire les autres visiteurs du service d'urgences.

(Pirlet, 2013)

### **3.2 Les urgences**

Un service des urgences est une unité hospitalière qui accueille les malades et les blessés 24h/24 et 365 jours par année. Les patients peuvent se rendre aux urgences par leurs propres moyens ou être amenés par une ambulance, un hélicoptère, voire une patrouille de police.

Prudhomme, Jeanmougin et Kessler (2008, p.3) affirment que les termes *accueil* et *urgences* sont indissociables. Ainsi, l'accueil de malades dans des structures de soins existe depuis le Moyen-âge. De nos jours, le terme «service porte» est encore utilisé. Il est plus concret d'imaginer le personnel soignant à la porte de l'hôpital afin d'accueillir les malades.

Ces dernières années, au CHUV, les motifs d'admission aux urgences ont subi des mutations. Les raisons de ces changements sont le vieillissement de la population, mais aussi un grand nombre de patients qui ne possèdent pas de médecin de famille, ou qui souhaitent consulter durant les heures de fermeture des cabinets médicaux. Au CHUV, environ 150 personnes se présentent chaque jour au service des urgences. Ainsi, au-delà de l'urgence vitale qui représente en général 10% des admissions (Prudhomme & al., 2008, p.3), les urgences deviennent un carrefour social où se croisent de nombreux patients aux pathologies très différentes.

De manière générale, le rôle des urgences est d'accueillir les patients, de prioriser et de donner des soins immédiats, de diagnostiquer et d'orienter les malades dans d'autres services hospitaliers, ou de s'assurer de leur retour à domicile.

Au CHUV, comme dans de nombreux hôpitaux suisses et étrangers, la procédure d'admission se déroule selon le processus suivant : après l'accueil par le personnel infirmier et/ou administratif, l'étape suivante des urgences est *le tri* des patients selon une échelle de gravité. Ce tri consiste à prioriser la prise en charge du patient par rapport à ses différents problèmes et par rapport à l'état de gravité des autres patients présents. Le tri est exécuté par une infirmière formée à cet effet, *l'infirmière d'accueil et d'organisation* (IAO). L'évaluation de la gravité se fait sans distinction de l'heure d'arrivée ni du type d'assurance du patient. Par la suite, le patient est orienté selon la cotation de l'échelle, de niveau 1 (admission directe) à niveau 4 (sans gravité); cette procédure est complétée par l'intervention du personnel administratif.

Le CHUV précise que, dans moins de 2% des cas, les patients repartent à leur domicile sans avoir consulté un médecin car le temps d'attente leur a paru trop long. Alors qu'au Québec, un malade peut couramment attendre pendant 17 heures avant d'être pris en charge, au CHUV, cette attente oscille en moyenne entre 4 et 5 heures.

#### **4. Cadre théorique : Modèle conceptuel de King**

Le modèle conceptuel de King a été choisi dans le but d'interpréter les résultats de cette revue de littérature. Les données relevées sont ainsi ancrées dans la discipline infirmière et apportent un regard sur son rôle propre.

Imogène King (1923-2007), a obtenu son diplôme en soins infirmiers à l'Hôpital Saint-John's of Nursing à Saint-Louis (USA) en 1945, puis a effectué un bachelors, un master et un doctorat en sciences infirmières. Tout au long de sa carrière professionnelle, elle a occupé divers postes de professeure, de directrice assistante et de directrice, au sein de diverses universités ainsi qu'au Ministère de la Santé.



Le modèle conceptuel de King s'insère dans l'école de pensée de l'interaction. Les théoriciennes faisant partie de cette école « ont centré leur intérêt sur le processus d'interaction entre l'infirmière et le client. Le soin est donc une action humanitaire et non mécanique » (Pepin, Kérouac, Ducharme, 2010, pp.56-57).

Imogène King définit les concepts centraux du métaparadigme infirmier comme suit :

**La personne :** est un être qui a des besoins spirituels, qui est capable de penser et de savoir. La personne est capable de faire des choix et de sélectionner la meilleure alternative à l'action. Selon King, l'individu possède les capacités de préserver sa culture, il est un être individuel et holistique. (Tomey & Alligood, 2006, p.303)

**La santé :** est un état dynamique dans le cycle de vie, qui s'adapte aux éléments stressants de l'environnement. (Tomey & Alligood, 2006, p.303)

**Le soin :** est un processus interpersonnel d'actions, de réactions, d'interactions et de transactions. La perception des infirmières et des patients est mutuellement influencée par les relations interpersonnelles. (Tomey & Alligood, 2006, p.303)

**L'environnement :** il est interne et externe. King précise que l'environnement interne permet à un individu de s'adapter aux changements constants de l'environnement externe. (Tomey & Alligood, 2006, p.303)

King a construit son modèle sur trois concepts : le système personnel, le système interpersonnel et le système social.

**Le système personnel :** chaque individu a son système personnel, King pense qu'il est nécessaire de comprendre les diverses dimensions qui composent l'individu. Elles sont l'image corporelle, la croissance et le développement, la perception, le soi, l'espace et la compréhension des êtres humains en tant que personnes. (Tomey & Alligood, 2006, p.301)

**Le système interpersonnel :** se forme quand il y a une interaction entre deux ou plusieurs individus. Par exemple, un binôme infirmier-patient est considéré comme un type de système interpersonnel. Pour comprendre les relations interpersonnelles, l'infirmière doit connaître les concepts de communication, d'interaction, de rôle, de stress et de transaction. (Tomey & Alligood, 2006, p.301)

**Le système social :** est ce qui compose une société. Pour King, la religion, le système éducatif ou le système de santé font partie intégrante du système social. L'individu, au-delà de sa personne et de son cercle familial, est influencé par la société dans laquelle il évolue. Avec le système social, il y a les concepts d'autorité, de prises de décisions, d'organisation, de pouvoir et de statut social. Ces concepts sont essentiels pour comprendre le système social selon King. (Tomey & Alligood, 2006, p.301)

## 5. Méthodologie

La méthode consiste en une démarche non exhaustive de revues de littérature.

Deux bases de données informatisées qui sont le plus utilisées à HESAV, ont été retenues pour ce travail, **CINAHL** (Cumulative Index to Nursing and Allied Health) et **Pubmed**.

**CINAHL** : base de données recensant des publications spécifiques à la recherche en soins infirmiers.

Plusieurs mots-clés ont été identifiés, à savoir : « emergency department » ou « emergency service », « agitation », « nursing intervention(s) » ou « nurse intervention ».

De ces diverses combinaisons, plusieurs articles ont été consultés mais aucun n'a été retenu pour cette revue.

**Pubmed** : base de données recensant des publications médicales.

Plusieurs mots-clés ont été identifiés, à savoir : « nursing care », « agitation », « emergency service hospital ». 18 résultats ont été obtenus dont 1 article retenu pour le projet. Avec cette combinaison, Pubmed propose d'autres articles en lien avec la recherche, ils ont été consultés, 2 articles ont été gardés dont 1 pour une grille de lecture.

Afin de préciser les recherches sur les bases de données, divers critères d'inclusion et d'exclusion ont été sélectionnés :

### **Les critères d'inclusion :**

- études qui démontrent une diminution de l'agitation dans un service d'urgences
- patients agités entre 18 et 65 ans (population active), les deux sexes confondus
- études réalisées dans un pays proche de la culture et du système de santé suisse
- articles publiés après l'année 2000.

### **Les critères d'exclusion :**

- articles dans une langue autre que le français et l'anglais
- études réalisées dans un autre service hospitalier qu'une unité d'urgences somatiques
- articles contenant des données pharmacologiques
- articles concernant les enfants et les personnes âgées de plus de 65 ans.

Pour la réalisation de cette revue, 2 articles utilisés pour le projet ont été gardés. Madame Pirlet, notre directrice de travail, nous a proposé plusieurs publications et nous en avons retenu 5.

## 6. Grilles de lecture des articles

### 6.1. 9ème conférence de consensus, Agitation en urgence (Petit enfant excepté), Texte long

<b>Références bibliographiques</b>	Ducreux, J.C. (prés.), Adnet, F., Bonhomme-Yaux, S., Brian, M., Claudet, I., Duval, G., ... Texier, S. (2002). <i>9ème Conférence de Consensus de la Société francophone de médecine d'urgence - Agitation en urgence (Petit enfant excepté)</i> [Texte long]. Toulouse : 6 décembre 2002.
<b>Contexte professionnel et/ou culturel des auteurs</b>	Le texte est rédigé par le jury de la conférence de consensus. Il est composé de 11 membres et 1 président. Il a été choisi par le comité d'organisation de la conférence et représente divers domaines de recherches scientifiques (médecins, chercheurs, représentants éthiques et législatifs...). Il s'agit d'experts dans le domaine, sans position dogmatique sur le sujet. Le président du jury est une personnalité du monde médical qui est connue pour son expérience dans le domaine ( <a href="http://www.repere-medical.com/article-325.html">http://www.repere-medical.com/article-325.html</a> ). En l'occurrence, le D <sup>r</sup> <b>Jean-Claude Ducreux est</b> médecin anesthésiste et réanimateur au Centre Hospitalier de Roanne, France.
<b>Objectifs / hypothèses / question de recherche</b>	<b>Objectif :</b> à partir des avis des meilleurs experts francophones, réaliser une synthèse des connaissances actuelles sur <i>l'agitation en urgence (petit enfant excepté)</i> et établir des recommandations réalistes et efficaces en pratique hospitalière. 4 questions ont été posées au jury du consensus : a) Quelles sont les formes cliniques, les étiologies, les explorations immédiates à entreprendre dans l'agitation en urgence ? b) Quel traitement doit être mis en œuvre immédiatement dans l'agitation en urgence ? c) Comment le patient doit-il être surveillé et dans quelle structure doit-il être admis ou transféré ? d) Quelles sont, en France, les implications réglementaires et juridiques de l'agitation en urgence ?
<b>Population et échantillon</b>	<b>Population :</b> les membres effectifs ou potentiels de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), qui est une société scientifique au service de <b>tous les acteurs de l'urgence - médecins, infirmières, assistantes sociales, permanenciers, ambulanciers ... étudiants compris.</b> <b>Echantillon :</b> parmi ces membres effectifs ou potentiels, ceux qui ont participé à la 9ème Conférence de Consensus de la SFMU en déc. 2002.
<b>Concepts et/ou cadre théoriques</b>	Dans le cadre de cette conférence de consensus, il n'y a pas de concepts originaux à relever.
<b>Méthode et outils</b>	Cet article présente les recommandations faites par le <i>jury d'une conférence de consensus</i> organisée par la SFMU. Une <i>conférence de consensus scientifique</i> « est une méthode visant à élaborer des directives médicales et professionnelles

	<p>[...], elle vise tout particulièrement à améliorer la qualité des soins.» (<a href="http://www.repere-medical.com/article-325.html">http://www.repere-medical.com/article-325.html</a>)  Le jury de la conférence expose ses recommandations après une présentation publique des rapports d'experts et des études réalisées. Le jury, multidisciplinaire et multiprofessionnel, élabore les directives à huis clos, de la manière la plus indépendante et objective possible. Il opère une distinction de ce qui est prouvé scientifiquement, de ce qui est admis et de la pratique courante (<a href="http://www.repere-medical.com/article-325.html">http://www.repere-medical.com/article-325.html</a> ).</p> <p>Pour cet article, le jury s'est basé sur des études de tous niveaux de preuve.</p>
<p><b>Résultats principaux</b></p>	<p><i>N.B. : Vu le caractère très détaillé et complet de cet article, les résultats présentés ci-dessous ont été pré-sélectionnés en regard de leur pertinence par rapport à la question de recherche de la Bachelor thesis.</i></p> <p>a) Les auteurs différencient <i>l'agitation contrôlable</i> de <i>l'agitation incontrôlable</i>. Ils précisent que l'agitation incontrôlable doit être prise en charge rapidement et que le risque de passage à un acte de violence peut être imminent. Ils font état d'éléments prédictifs à la violence, auxquels le professionnel devrait être attentif, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- patient jeune, de sexe masculin</li> <li>- toxicomanie</li> </ul> <p>Mais ils relèvent aussi certains signes qui pourraient alerter l'infirmier sur le risque de violence, comme par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le patient refuse de s'asseoir</li> <li>- il est incapable de rester en place</li> <li>- il change brutalement d'activité</li> <li>- sa voix se modifie, dans le ton et le rythme...</li> </ul> <p>Pour les auteurs, il est important de définir la cause de l'agitation afin de préciser la prise en charge. La cause organique doit toujours être recherchée, elle est fréquente chez le sujet âgé.</p> <p><b>Chez l'adulte, les intoxications constituent les causes d'agitation les plus fréquentes.</b></p> <p>L'alcool représente la première cause d'agitation chez le jeune adulte et l'adolescent.  Les stupéfiants et les médicaments viennent ensuite.</p> <p>Les causes psychiatriques sont régulières, mais les auteurs précisent qu'il est nécessaire d'écarter toutes causes organiques et toxiques avant d'avancer un diagnostic psychiatrique et d'orienter le patient dans le service adéquat.</p> <p>b) Concernant <b>les traitements de l'agitation</b>, les auteurs différencient plusieurs mesures à mettre en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'<b>approche relationnelle</b></li> <li>- la contention et le traitement médicamenteux</li> </ul> <p><b>L'approche relationnelle devrait être de 1<sup>ère</sup> attention. Elle va permettre d'éviter l'escalade de violence et le passage à un acte auto- ou hétéro-agressif.</b></p>

	<p>L'équipe soignante doit pouvoir identifier et évaluer le risque de passage à un acte violent. L'infirmière responsable de l'accueil doit pouvoir identifier les critères prédictifs pour organiser le tri correctement.</p> <p><b>La prise en charge d'un patient agité est un travail d'équipe, selon les auteurs.</b> Les infirmiers doivent être assez nombreux et disponibles rapidement. Le médecin doit avoir une attitude ferme et calme, il devrait s'exprimer sans jargon et expliquer chaque soin. S'ils sont disponibles, le service de sécurité et le cadre infirmier devraient être présents afin de garantir la qualité des soins.</p> <p>Selon les auteurs, lors du contact relationnel avec le patient, <b>l'objectif est d'obtenir une alliance thérapeutique.</b> Pour ce faire, il est nécessaire de <b>répondre aux besoins concrets des patients et faire preuve d'empathie quant à la situation de ce dernier.</b></p> <p>Le jury accorde toute une partie du texte à la contention physique et médicamenteuse. Il précise que ces mesures doivent être utilisées exceptionnellement et temporairement. Elles ne constituent pas une mesure thérapeutique. La contention physique doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse. <b>Les auteurs mettent en évidence que l'approche relationnelle désamorce un nombre important de cas d'agressivité</b> « La contention physique ou chimique ne peut se justifier qu'après échec de la prise en charge relationnelle. » (p.17) La mise en place de mesures de contentions physiques et chimiques doit être discutée et évaluée en équipe. Les protocoles, l'aspect juridique et éthique doivent être respectés.</p> <p>c) Tout au long de son séjour aux urgences, le patient doit être surveillé par l'équipe. Si l'agitation a été maîtrisée, le patient peut être mis à l'écart des autres, dans un endroit calme. Les auteurs préconisent une <b>surveillance régulière toutes les 15 minutes.</b></p> <p><b>Dans le cas d'un patient sous contentions,</b> celui-ci ne doit pas être isolé ou enfermé. Le soignant doit maintenir une relation verbale avec le patient et le surveiller de manière constante, tant au niveau clinique qu'au niveau de ses paramètres vitaux.</p> <p>Les auteurs mettent en évidence l'importance de disposer de <b>locaux adaptés aux urgences.</b> Ainsi, une pièce calme, mais d'accès ouvert devrait pouvoir être utilisée pour y placer un patient agité : le jury conseille de mettre à l'écart le patient afin d'éviter un "effet de foule"; la pièce ne doit pas donner l'impression d'un piège et ne doit pas être encombrée par des objets ou des fournitures dont le patient pourrait se servir. Le personnel doit se trouver à proximité. Selon les auteurs, l'idéal serait de <b>désigner un soignant comme seul intervenant auprès du patient agité,</b> afin d'établir un contact relationnel; mais il ne faut pas hésiter à changer d'intervenant en cas de frictions avec le patient.</p> <p>La prise de contact avec un <b>psychiatre</b> est vivement conseillée.</p> <p>En plus de disposer d'un espace calme, à l'écart des autres patients et non loin du personnel, le jury met en évidence l'importance de disposer de zones d'attentes spacieuses, pour éviter l'effet d'enfermement.</p> <p>La réception doit garantir la confidentialité et rester le seul accès au service, afin de contrôler le flux de patients et la sécurité, des usagers comme du personnel.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Des moyens techniques tels que bips ou boutons d'alarme peuvent être mis en place. Les caméras peuvent être utilisées, mais en aucun cas dans la salle d'attente ou les salles de soins, en raison du droit au respect de la vie privée.</p> <p>Le jury précise que le <b>personnel soignant doit être en nombre suffisant</b>. Il devrait être <b>formé et préparé</b> à la prise en charge de patients agités. Le nouveau personnel devrait être accompagné, au début, par les plus anciens. <b>Les auteurs mettent en évidence l'importance de la mixité dans l'équipe de soins. Certains établissements ont proposé un poste de médiateur ou d'agent d'accueil spécialisé dans les approches relationnelles.</b></p> <p>d) Les auteurs apportent aussi <b>des réponses juridiques</b> quant à la prise en charge des patients agités. Ils signalent l'importance de la <b>police quand la situation devient dangereuse</b>. Ainsi, ils précisent que le rôle de l'équipe soignante est de protéger, évaluer et surveiller les patients, mais que le médecin et son équipe ne doivent pas prendre de risque face à un patient dangereux. L'appel à la police et sa présence dans le service doivent pouvoir assurer la sécurité du personnel et des autres usagers.</p> <p>Le jury répond aux <b>questions légales en cas de refus de soins</b>, de fugue ou d'hospitalisation d'office, selon les lois françaises. Il met en évidence les <b>aspects éthiques</b> de la prise en charge des patients agités. Il signale qu'il n'y a pas de spécificité éthique à l'agitation aux urgences, mais que le médecin et son équipe doivent respecter les règles de la bienfaisance et l'obligation d'assistance. Les décisions doivent être limitées à l'indispensable et le patient et son entourage doivent toujours être informés des décisions prises. La difficulté réside dans le fait de « concilier respect de la liberté individuelle, nécessité d'apporter des soins adaptés [...], incluant éventuellement la contention et la contrainte, et la nécessité de préserver la sécurité des soignants et des autres patients.» (p.36)</p>
<b>Conclusion de l'article</b>	<p>L'article recommande les stratégies suivantes :</p> <p>a) les intoxications sont les premières causes d'agitation chez l'adulte. L'alcool est la plus représentée chez les jeunes adultes. Une cause organique doit toujours être recherchée chez le sujet âgé.</p> <p>b) l'approche relationnelle devrait être de 1ère attention. Elle va permettre d'éviter l'escalade de violence et le passage à un acte auto- ou hétéro-agressif. Cette recommandation peut être menée de manière autonome par l'équipe infirmière.</p> <p>c) le patient doit être surveillé toutes les 15 minutes, tant au niveau clinique que ses paramètres vitaux. La prise de contact avec un psychiatre est vivement conseillée. Le personnel soignant doit être en nombre suffisant, formé et préparé à la prise en charge de patients agités. Les patients sous contention doivent bénéficier d'une étroite surveillance et les soignants doivent garantir le dialogue et le contact avec eux.</p> <p>d) l'équipe soignante devrait rester attentive à l'aspect juridique de la prise en charge des patients agités, ainsi qu'à son implication éthique.</p>
<b>Notre point de vue critique</b>	<p>Ce consensus répond de manière claire et concise à plusieurs questions de fond sur la prise en charge globale des patients agités dans les services d'urgences.</p>

<p><b>sur l'article</b></p>	<p>L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES, devenue <i>Haute Autorité de Santé</i> ou HAS en 2004) y garantit les règles méthodologiques en attribuant son label de qualité.  Les recommandations ont été rédigées en regard de la loi française, mais il est tout à fait envisageable de les adapter à la législation helvétique et de les mettre en place dans notre pays.  Ainsi, la Loi sur la santé publique vaudoise régleme l'utilisation des mesures de contraintes sous l'article 24d <a href="http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/fichiers_pdf/QUAL/LSP.pdf">http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/fichiers_pdf/QUAL/LSP.pdf</a> .  Lorsque le jury annonce que le travail d'équipe est indispensable quant à la prise en charge de ces patients, il nous semble tout à fait judicieux de relever l'importance de cet aspect en cas d'échec de l'approche relationnelle, et de la mise en place d'autres mesures de contraintes.</p>
<p><b>Apport de l'article à notre questionnaire</b></p>	<p>Cet article répond de manière précise à notre question de recherche. Il offre un regard global sur la prise en charge de patients agités aux urgences.  Il peut être utilisé à des fins de rédaction de protocoles de soins; il met en lumière <b>l'importance de l'identification de signes prédictifs de l'agressivité, ainsi que les surveillances et attitudes à mettre en place face à un patient agité.</b></p>

## 6.2. Enquête sur la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'accueil et d'urgences en France

<b>Références bibliographiques</b>	Bourdinaud, V., Pochard, F. (2003). Enquête sur la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'accueil et d'urgences en France. <i>L'Encéphale</i> , XXIX, 89-98
<b>Contexte professionnel et/ou culturel des auteurs</b>	<p><b>La D<sup>resse</sup> Valérie Bourdinaud</b> est médecin. Elle a travaillé au sein de l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris, au CHU Cochin. Actuellement, il semble qu'elle exerce comme médecin généraliste dans un cabinet privé de la région parisienne.</p> <p><b>Le Dr Frédéric Pochard</b> est médecin psychiatre, spécialiste des questions d'éthique de santé publique. Il exerce au sein du CHU Cochin à Paris, dans le service de <i>La Maison des adolescents</i>. Il a écrit et publié plusieurs articles et ouvrages.</p>
<b>Objectifs / hypothèses / question de recherche</b>	<p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• définir la prévalence des états d'agitation dans les services d'accueil des urgences (SAU) en France</li> <li>• déterminer, s'ils existent, les critères prédictifs des états d'agitation, afin de les prévenir ou d'identifier à l'avance une situation potentiellement dangereuse pour la prendre en charge le plus rapidement possible</li> <li>• face à un patient agité, connaître les pratiques actuelles et recueillir les recommandations des chefs de service pour améliorer la prise en charge.</li> </ul>
<b>Population et échantillon</b>	<p><b>Population :</b> les 464 chefs des services d'urgences des hôpitaux et cliniques de France métropolitaine recensés dans <i>L'annuaire du médecin</i> (Rosenwald, 1999), auxquels un questionnaire à remplir a été adressé par voie postale entre janvier et décembre 2000.</p> <p><b>Echantillon :</b> les 137 chefs de service d'urgences qui ont renvoyé le questionnaire rempli, ce qui correspond à un taux de participation de 29,5 %</p> <p>91,2 % des questionnaires rendus l'ont été par des hôpitaux; 6,6 % par des cliniques et 2,2 % par des polycliniques.</p>
<b>Concepts et/ou cadre théorique</b>	Il n'y a pas de concepts novateurs et clairement explicités dans cet article.
<b>Méthode et outils</b>	<p>L'étude est une recherche quantitative, descriptive, reposant sur un questionnaire écrit envoyé par la poste.</p> <p>Le questionnaire comporte 21 questions investiguant 5 thématiques :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) évaluation de la prévalence des états d'agitation et de leurs éventuelles complications (agressions verbales et physiques; arrêt de travail pour le personnel touché)</li> <li>b) situation actuelle en termes de sécurisation par rapport aux patients agités (architecture du service, présence de</li> </ol>



	<p>personnel de sécurité, délai d'arrivée de la police)</p> <p>c) pratiques actuelles de prise en charge des patients agités, y compris ceux amenés aux urgences contre leur gré; existence ou non d'un protocole</p> <p>d) recherche de caractères prédictifs des états d'agitation</p> <p>e) propositions pour améliorer la prise en charge.</p>
<p><b>Résultats principaux</b></p>	<p>Les auteurs ont rassemblé l'essentiel des résultats sous forme de tableaux récapitulatifs. En moyenne, les services d'urgences reçoivent 2000 admissions par mois, soit 24'000 par année. <b>Plus le nombre d'admissions s'accroît, plus le nombre de situations d'agitation augmente.</b> Elles représentent 1,22 % aux urgences.</p> <p><b>L'insécurité est la plainte la plus fréquente du personnel des urgences</b> (52,3% des questionnaires). Dans 126 des 137 réponses, le nombre d'agressions physiques est de 1,14 cas par mois, <b>mais le nombre d'agressions verbales est supérieur à 1 par jour</b> (36,3 cas/mois). Les services d'urgences des grands hôpitaux bénéficient d'un service de sécurité, présent ou rapidement disponible sur les lieux. Lors de l'intervention de la police, le délai moyen de son arrivée est de 20 minutes. Les grands hôpitaux ont conduit un réaménagement récent de leurs locaux et la possibilité de joindre le service de sécurité ou la police, via des boutons d'alarme. Sur les 137 réponses, 92% des services possèdent du matériel de contention (soit 126 services), mais seuls 29,5% (40 services) estiment avoir des locaux adaptés pour la prise en charge des situations d'agitation. 30% des services (env. 40) disposent d'un protocole établi et d'une formation spécifique pour le personnel. Seuls 10,5% des services (env.14) estiment avoir des locaux, une formation du personnel et des protocoles adéquats. <b>La majorité des chefs de service souhaitent la présence de 3 à 4 professionnels pour prendre en charge un patient agité.</b></p> <p>Concernant l'étiologie des états d'agitation, les auteurs mettent en évidence que <b>les situations générant le plus d'agitation et de dangerosité sont les intoxications, avec prédominance pour l'alcool et les polytoxicomanies.</b> Les psychoses décompensées et les états délirants sont les premières causes des agitations psychiatriques.</p> <p>Les critères prédictifs sont très importants car les auteurs relèvent que <b>le meilleur moyen de prendre en charge un état d'agitation est de le prévenir.</b> Ainsi, les services font systématiquement des examens complémentaires permettant d'orienter le diagnostic d'agitation (alcoolémie et dosage des toxiques, glycémie et bilan électrolytique). <b>Les principaux critères prédictifs sont : alcoolisation apparente et patient amené aux urgences contre son gré.</b></p> <p>Sur 137 questionnaires, 117 chefs de service recommandent plusieurs mesures pour améliorer la prise en charge des patients agités, en particulier :</p>

	<p>- des locaux adaptés une formation spécifique du personnel soignant des urgences.</p>
<b>Discussion</b>	<p>Les auteurs précisent que seules 2 études ont été réalisées en France sur la prise en charge des patients agités aux urgences (situation de 2000-2003). Ils ajoutent que l'étude actuelle n'avait pas pour objectif d'atteindre une représentation épidémiologique, mais ils ont comparé leurs résultats à ceux d'autres études réalisées aux Etats-Unis et les résultats des auteurs américains convergent avec les leurs, en indiquant que <b>le phénomène d'agitation aux urgences est fréquent et en augmentation.</b></p> <p>Plusieurs publications considèrent que <b>la prise en charge idéale des patients agités doit être rapide, guidée par un protocole et exécutée par du personnel soignant au bénéfice d'une formation spécifique.</b></p> <p>Les auteurs ajoutent que la contention physique fait partie des mesures qui peuvent être envisagées, mais elle doit être utilisée en seconde intention, en cas d'échec de la communication verbale et de la médication per os.</p> <p>En comparant diverses études, on met en évidence l'importance d'un service de sécurité dans les unités d'urgences, mais aussi qu'il existe des mesures simples et non coûteuses qui peuvent diminuer le risque d'agression, par exemple la fouille systématique des patients présentant un danger.</p> <p>Un chapitre est consacré à la comparaison des actions des diverses molécules pharmacologiques utilisées pour diminuer l'agitation.</p>
<b>Conclusion de l'article</b>	<p>Pour les auteurs, <b>il faut considérer l'agitation comme une urgence absolue, en particulier quand il existe un risque d'escalade dans la violence. Les patients qui ont consommé de l'alcool ou des drogues et ceux qui sont amenés contre leur gré doivent être pris en charge rapidement, vu que ces éléments sont considérés comme des critères prédictifs de l'agitation aux urgences.</b></p> <p>Les auteurs citent que « si les urgences sont le lieu de toutes les détresses, elles ne sont pas le lieu le plus adéquat pour tous les types de soins.» (p.97)</p> <p>Ils mettent en évidence que, pour prévenir les complications d'un état d'agitation et éviter l'escalade de violence, il serait recommandé de posséder des locaux adaptés, un personnel formé, un protocole éprouvé, ainsi que la présence d'un consultant psychiatre.</p>
<b>Notre point de vue critique sur l'article</b>	<p>Cette étude apporte un regard sur l'augmentation du phénomène d'agitation aux urgences. Cette recherche date de 2000, néanmoins, les éléments mis en avant semblent toujours d'actualité, comme le confirment les nouvelles données publiées par le Ministère des affaires sociales et de la Santé français en 2012.</p> <p>Seuls 29,5% des questionnaires ont été remplis. Ce chiffre peut nous amener à penser que l'étude a été menée avec peu de données représentatives de l'ensemble des services d'urgences français. Toutefois, il est indiqué que 90% des réponses proviennent d'hôpitaux dont plus de la moitié admettent au moins 20'000 patients aux urgences par an. A titre de comparaison, le CHUV a admis 33'837 patients en 2008. Nous nous permettons de penser que, bien que seuls 137 questionnaires sur 464 aient été retournés, les réponses provenaient d'hôpitaux qui semblent être régulièrement confrontés</p>

	<p>à l'agitation. L'article propose des mesures très générales mais ne précise pas comment les appliquer dans la pratique.</p>
<p><b>Apport de l'article à notre questionnaire</b></p>	<p>Cette étude n'apporte pas de réponse, de manière précise, à notre questionnaire. Par contre, nous pouvons mettre en évidence l'importance de connaître et de savoir identifier les critères prédictifs de l'agitation pour une infirmière travaillant aux urgences. Lorsque les auteurs préconisent la présence d'un psychiatre au sein des services d'urgences, nous pouvons, en tant qu'infirmières, transférer cette recommandation en l'appliquant à notre profession. <b>Ainsi, nous pouvons dire que les infirmiers qui travaillent dans un service d'urgences devraient posséder de bonnes compétences relationnelles et de bonnes connaissances en techniques de communication. Cet article nous permet de penser que la présence d'infirmiers spécialisés en psychiatrie ou formés à la médiation serait un atout dans une équipe de soins des urgences.</b></p>

### 6.3. Prise en charge des états d'agitation extrahospitaliers : le point de vue de l'urgentiste

<b>Références bibliographiques</b>	Niquille, M., Gremion, C., Welker, S. & Damsa, C. (2007). Prise en charge des états d'agitation extrahospitaliers : le point de vue de l'urgentiste. <i>Revue Médicale Suisse</i> , 121,15/08/2007
<b>Contexte professionnel et/ou culturel des auteurs</b>	<p>Le D<sup>r</sup> Marc Niquille est un médecin spécialisé en anesthésiologie. Il est le chef de la Brigade sanitaire cantonale et le médecin adjoint responsable de l'unité des urgences pré-hospitalières et de réanimation des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Il semble être une personne connue dans sa pratique professionnelle et même médiatisée : il a été notamment interviewé en 2005 par la RTS (Radio Télévision Suisse) sur les symptômes et les conséquences d'une absorption de GHB (une drogue). Il s'est impliqué dans la formation « d'ambulancier-leader », qui est centrée sur d'éventuels scénarios catastrophes pouvant survenir en Suisse, notamment à Genève.</p> <p style="text-align: right;"><a href="http://www.hug-ge.ch/urgences/lequipe">http://www.hug-ge.ch/urgences/lequipe</a></p> <p>Le D<sup>r</sup> Christophe Gremion, décédé en 2007 (à l'âge de 35 ans), était médecin urgentiste, diplômé de la Faculté de médecine de Genève en 1998, puis devenu chef de clinique en anesthésie. Il travaillait depuis 2002 à la Brigade sanitaire cantonale, aux côtés du D<sup>r</sup> Marc Niquille.</p> <p style="text-align: center;"><a href="http://www.amge.ch/2007/12/18/le-medecin-urgentiste-s%E2%80%99est-eteint-jeudi-a-l%E2%80%99age-de-35-ans/">http://www.amge.ch/2007/12/18/le-medecin-urgentiste-s%E2%80%99est-eteint-jeudi-a-l%E2%80%99age-de-35-ans/</a></p> <p>La D<sup>resse</sup> Sylvie Welker est un médecin travaillant dans le département de la santé mentale et de psychiatrie des HUG. Elle est impliquée dans les « mandats transversaux » qui semblent être des projets entrepris par les HUG, consistant en la mise en place d'un centre (structure médicale transdépartementale regroupant des unités et/ou des services médicaux) et d'un programme (action pluridisciplinaire et transversale visant à coordonner et harmoniser les pratiques de prise en charge pour des pathologies cibles).</p> <p style="text-align: right;"><a href="http://psychiatrie.hug-ge.ch/qui_sommes_nous/contact.html">http://psychiatrie.hug-ge.ch/qui_sommes_nous/contact.html</a> <a href="http://www.hug-ge.ch/projet-transversaux-et-programme-de-soins">http://www.hug-ge.ch/projet-transversaux-et-programme-de-soins</a></p> <p>Le D<sup>r</sup> Christian Damsa est un médecin spécialisé en psychiatrie et en psychothérapie. Il est responsable de l'Unité d'accueil et d'urgences psychiatriques des HUG. De plus, il semble être le chef d'un groupe de recherche à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève, visant à développer un réseau international de psychiatrie d'urgence, qui relierait plusieurs pays européens et les Etats-Unis.</p> <p style="text-align: right;"><a href="http://medweb1.unige.ch/recherche/groupe/b_donnees/sujet_845_1.html">http://medweb1.unige.ch/recherche/groupe/b_donnees/sujet_845_1.html</a> <a href="http://doctorfmh.ch/f39/12/zp=1296&amp;str=Dr_m%C3%A9d_Cristian_Damsa_Coppet_Psychiatrie_et_psychoth%C3%A9rapie">http://doctorfmh.ch/f39/12/zp=1296&amp;str=Dr_m%C3%A9d_Cristian_Damsa_Coppet_Psychiatrie_et_psychoth%C3%A9rapie</a></p>
<b>Objectifs / hypothèses /</b>	<p><b>Objectif :</b> proposer aux équipes de secours médicaux d'urgence un protocole d'intervention extrahospitalière globale auprès des patients présentant un état d'agitation.</p> <p>In fine, l'objectif est de permettre l'admission hospitalière d'un patient calmé mais non sédaté, disponible</p>

<b>question de recherche</b>	immédiatement pour une évaluation somatique et psychiatrique complète, sans qu'il soit nécessaire de passer par une étape d'isolement, donc sans rupture de continuité de la chaîne de surveillance vitale.
<b>Population et échantillon</b>	Dans le cadre d'un avis d'experts (n=4) qui se sont désignés eux-mêmes et qui s'inspirent de leurs expériences sans références quantitatives, il n'y a pas lieu de définir une population ou un échantillon.
<b>Concepts et/ou cadre théorique</b>	<p>Les auteurs définissent <i>l'état d'agitation</i> comme « un trouble du comportement psychique, moteur et relationnel qui entraîne une réaction d'intolérance de l'entourage ». Ils rajoutent que les experts s'accordent sur le fait qu'une intervention urgente est nécessaire dès que le patient développe un comportement irritable et intimidant, qu'il endommage des objets et qu'une menace <b>auto-</b> ou hétéro-agressive est imminente.</p> <p>Les auteurs proposent d'établir des <i>scores d'agitation</i> :  Evaluation de l'agitation au moyen de l'échelle <i>Positive and negative syndrome scale-excited component</i> ou <b>PANSS-EC</b> (Kay, S.R., Opler, L.A. &amp; Lindenmayer, J.P., 1989) qui permet d'évaluer une situation et d'en documenter le suivi par un même professionnel de santé. Dans l'état actuel des connaissances, elle ne permet pas de mesurer valablement l'évolution lorsque plusieurs professionnels non formés se succèdent auprès d'un même patient.</p> <p>Le concept de <i>désescalade</i> est évoqué comme modalité d'intervention sans être précisément explicité.</p>
<b>Méthode et outils</b>	L'équipe constituée par les 4 auteurs réunit des compétences en anesthésiologie, médecine d'urgence, psychiatrie et collaboration interdisciplinaire; elle propose dans cet article <b>un avis d'experts</b> sous forme d'un protocole d'intervention.
<b>Résultats principaux</b>	<p>En milieu extrahospitalier, les témoins et les professionnels de la santé peuvent être exposés à des actes violents, volontaires ou involontaires, et les médecins urgentistes ou les médecins de garde peuvent être confrontés à des situations d'état d'agitation aigu qui demandent souvent une réaction rapide et adéquate. Cependant, le taux d'exposition individuelle des intervenants, médecins ou ambulanciers, reste relativement faible, mais la gestion de ces états d'agitation peut s'avérer très inconfortable, voire générer des contre-attitudes néfastes de la part des soignants.</p> <p>Les auteurs mettent en avant que les états d'agitation sont des <b>urgences comportementales</b> ayant de nombreuses causes somatiques et psychiatriques.</p> <p><u>L'analyse et l'évaluation primaires</u> d'une situation d'agitation visent à prendre les mesures urgentes qui garantissent la sécurité de tous.</p> <p><b>Le sexe masculin, la présence d'autres personnes agitées ou violentes, l'heure nocturne et la consommation d'alcool ou de substances illicites sont des indicateurs de violence imminente.</b></p> <p>Au niveau sécuritaire, les auteurs mentionnent qu'ils convient, dans un premier temps, de rechercher des <b>éléments indicateurs de gravité et de menace immédiate</b> et de porter une attention particulière aux éléments suivants (liste non exhaustive) :</p>

- menaces auto- ou hétéro-agressives
- présence d'armes ou d'équivalents (arme à feu, arme blanche, objets tranchants ou contondants, ...)
- prise en compte de l'environnement comme, par exemple, la présence d'un groupe
- signes de passage imminent à un acte ciblé comme une menace d'un acte auto-agressif, actes récents de violence à l'égard de personnes, d'animaux ou d'objets, comportements intimidants (menaces verbales ou physiques), agitation psychomotrice progressive, intoxication alcoolique ou à d'autres substances ou encore troubles de la personnalité.

Les intervenants doivent maintenir une vigilance permanente et veiller en premier lieu à leur propre sécurité, l'élément principal étant de ne jamais rester seul avec le patient et de veiller à préserver une issue si la situation se dégrade.

Il convient de recueillir tous les éléments anamnestiques possibles auprès du patient ou de l'entourage pour trouver une cause possible en se concentrant sur les éventuelles causes accessibles à un traitement causal immédiat. Pour ce faire, on peut centrer le questionnement sur les thèmes suivants :

- durée et évolution de l'événement aigu actuel
- événement déclenchant
- antécédents somatiques
- antécédents psychiatriques
- antécédents socioprofessionnels

L'utilisation d'un **score d'agitation** peut s'avérer utile car son but premier est de mesurer/quantifier l'intensité de l'agitation afin d'objectiver la crise et d'en suivre l'évolution naturelle ou consécutive à un traitement, aussi bien dans les situations somatiques que psychiatriques. Les auteurs relèvent qu'il a été largement rapporté dans la littérature que **l'incidence des états d'agitation diminue lorsqu'une évaluation standardisée est pratiquée.**

Toutefois, la seule échelle applicable en milieu extrahospitalier semble être l'échelle **PANSS-EC** qui présente plusieurs limites. Mais la mesure d'un score ne peut donner l'ensemble des informations nécessaires à la suite de la prise en charge : il faut, dans la phase initiale, comprendre la situation du patient, rechercher la présence d'une confusion mentale, déterminer la possibilité d'entrer en relation avec lui, déterminer si l'état d'agitation peut se traduire en intentions violentes et, finalement, si le patient a les moyens de concrétiser ces intentions.

Concernant **les mesures d'urgences**, les auteurs mettent en évidence qu'elles ont pour objectif de protéger les intervenants, les témoins et le patient, tout en recherchant une relation d'apaisement avec ce dernier. Ces mesures doivent être entreprises

avec calme, détermination et de manière coordonnée entre tous les intervenants :

- toute arme ou objet pouvant servir d'arme doit être tenu hors de la portée du patient et les fenêtres doivent être placées sous contrôle
- si le patient est armé, les soignants doivent se replier immédiatement et l'intervention doit être confiée aux forces de polices. Les auteurs argumentent ceci par le fait que la négociation sous la menace n'est pas de compétence médicale et que la police dispose généralement de négociateurs spécialement formés à cet effet
- les renforts doivent être suffisants en nombre pour assurer la maîtrise physique du patient en toute sécurité en cas de nécessité. Les auteurs précisent que la force du patient est considérablement développée et qu'il n'est pas rare de devoir recourir jusqu'à huit personnes pour contenir le patient, mais aussi que l'objectif n'est pas la contention mais la restauration d'un cadre favorable à l'intervention médicale. De plus, ils mettent l'accent sur le fait que les renforts doivent se déployer de manière calme, rassurante, et qu'ils doivent se tenir prêts à intervenir sur un mot-clé ou un signal prédéfini
- il faut poser le cadre (« la violence n'est pas acceptable »). Puis, une fois le cadre de sécurité posé, il convient d'assurer le confort du patient et de tenter d'établir un contact verbal avec lui, en évitant toute attitude de confrontation. Il convient aussi de faciliter les échanges verbaux et non verbaux des intervenants
- la désescalade/intervention verbale est le premier objectif recherché : elle vise à contrôler la situation sans contention physique ni administration de médicaments. Si une tentative de désescalade est entreprise, il faut en définir le cadre, la durée maximale et surtout les mots-clés ou signaux qui doivent déclencher l'intervention de contention
- toutefois, l'usage des mesures de contention physique doit être strictement réservé aux situations de menaces graves et limité dans le temps. Une médication d'urgence doit y être associée simultanément
- il faut réduire les stimulations visuelles et auditives, envisager l'appui d'un proche de confiance, éviter la confrontation par le regard, la parole ou les actes
- il convient de rechercher un endroit permettant d'entamer une discussion en sécurité, mais aussi en toute discrétion (secret médical). Les auteurs précisent que cette recherche peut s'avérer être un excellent prétexte pour créer un premier lien thérapeutique avec le patient
- les soignants doivent toujours se positionner entre le patient et une issue de repli
- le médecin doit informer les partenaires de ses décisions et le plan d'action conjoint doit être discuté. Le médecin collabore donc étroitement avec l'ensemble des partenaires et veille à maintenir une ambiance calme et attentive afin de favoriser la sécurité et de créer des conditions propices à une bonne intervention.

	<p>L'état d'agitation peut être approché avec une méthode de gestion pragmatique qui conduit, dans un premier temps, à analyser le degré d'urgence, puis à prévenir toute aggravation en procédant au diagnostic et au traitement proprement dits.</p> <p>Une fois l'évaluation primaire réalisée, qui comprend tous les éléments présentés précédemment, <u>l'évaluation secondaire</u> peut commencer, dans un premier temps, <u>au niveau somatique</u> :</p> <p>l'équipe soignante doit effectuer une évaluation clinique classique Airway-breathing-circulation, surtout si le patient a fait l'objet de mesures de contention physique ou médicamenteuse, prendre les paramètres vitaux, la fréquence respiratoire, la saturation, la température, la glycémie capillaire, le diamètre et la réactivité des pupilles, le score de Glasgow et faire un ECG.</p> <p>Lorsque les causes somatiques traitables ont été écartées ou que des éléments font privilégier un diagnostic d'affection psychiatrique, les auteurs exposent les choix médicamenteux (antipsychotiques atypiques et lorazepam) et les voies d'administrations (per os ou IM) à favoriser.</p>
<b>Conclusion de l'article</b>	<p>Même si l'article ne bénéficie pas d'une conclusion formalisée, il se termine par un paragraphe sur l'orientation hospitalière. Les auteurs mettent en évidence qu'une prise en charge pré-hospitalière bien conduite devrait permettre de résoudre la crise et d'hospitaliser le patient en milieu somatique afin de surveiller les fonctions vitales et de compléter le bilan médical et psychiatrique. La présence d'un médecin, ainsi qu'une <b>formation commune spécifique des équipes de secours</b> sont des déterminants fondamentaux de la qualité des soins offerts aux patients agités.</p> <p>Idéalement, l'admission d'un patient calmé dans le service des urgences doit permettre d'éviter de recourir à des mesures d'isolement. De plus, l'hôpital de destination doit être averti afin de pouvoir mobiliser, si nécessaire, un service de sécurité ou des moyens de renforts pour encadrer l'arrivée du patient.</p> <p>La "philosophie" de la prise en charge pré-hospitalière des patients agités est <i>la désescalade</i>, notamment par le dialogue, sans médication et sans contention physique. Mais, lorsque cela s'avère impossible, l'objectif recherché est de permettre l'évaluation et l'orientation hospitalière adéquates d'un patient calmé, mais non sédaté.</p>
<b>Notre point de vue critique sur l'article</b>	<p>Cet article a été publié dans la <i>Revue médicale suisse</i> qui est une publication mensuelle spécialisée, destinée à la formation continue des praticiens.</p> <p>Les auteurs conservent le souci de préserver le secret médical, même dans le cadre très particulier de l'urgence en milieu extérieur, voire sur la voie publique.</p> <p>L'intérêt de cet article réside dans son <b>contexte suisse romand</b>, son aspect malgré tout interdisciplinaire, même rédigé par des médecins, et surtout dans le fait qu'il propose <b>une approche qui n'est pas d'emblée médicamenteuse, donc qui peut ainsi donner des pistes d'intervention aux infirmières qui n'ont pas le droit de prescrire</b>.</p> <p>Le concept de <i>désescalade</i> évoqué par les auteurs comme modalité d'intervention mérite probablement d'être approfondi.</p>
<b>Apport de l'article à notre</b>	<p>Bien que cet article semble avoir été rédigé à l'intention des médecins et des intervenants en milieu extrahospitalier confrontés à un patient en état d'agitation, il nous paraît tout à fait envisageable que le personnel infirmier, dans un service d'urgences somatiques, utilise et applique un grand nombre des mesures présentées.</p>



<b>questionnement</b>	<p>Cet article englobe des problématiques somatiques aussi bien que psychiatriques, ce qui est également le cas dans un service d'urgences somatiques.</p> <p>Bien que les auteurs exposent une prise en charge globale de patients agités, ils mettent notamment l'accent sur l'approche relationnelle, qui peut relever du rôle autonome de l'infirmière.</p> <p>Cet article peut être utilisé à des fins de compréhension de ce qui se passe en amont, avant qu'un service d'urgence accueille le patient agité, calmé ou non. Il permet d'avoir une vision globale des états d'agitation et des interventions à appliquer. Il met en lumière l'importance de cette première prise en charge en extrahospitalier et son impact au moment où le patient arrive dans le service d'urgence.</p> <p>Cet article n'apporte pas de réponse directe à notre questionnement. En revanche, nous avons pu relever un grand nombre de résultats correspondant à des éléments mis en avant dans notre problématique et dans d'autres articles que nous avons sélectionnés. Nous pensons que cet article peut servir de guideline lorsqu'un patient se présente dans un service d'urgence en état d'agitation. De plus, il en ressort que la communication et l'entrée en relation avec un patient agité sont des éléments centraux. Ceci nous permet d'avancer que les infirmiers des urgences doivent posséder des connaissances pointues en communication et de bonnes compétences relationnelles.</p>
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 6.4. Gestion des agressions liées à l'alcool dans un service d'urgences (traduit de l'anglais)

<b>Références bibliographiques</b>	Cork, A. & Ferns, T. (2008). Managing alcohol related aggression in the emergency department (part II). <i>International Emergency Nursing</i> . 16, 88-93
<b>Contexte professionnel et/ou culturel des auteurs</b>	<p>Alison Cork a travaillé dans divers services de soins d'urgences comme infirmière diplômée et spécialisée (BSc Hons) jusqu'à occuper le poste de <i>Practice Development Nurse</i>. En 2004, elle est devenue praticienne formatrice pour l'Université de Greenwich (UK) dans les domaines des soins d'urgences, du leadership et de la gestion. Elle est ensuite devenue Privat docent, puis Maître de conférences à l'Ecole santé-social de cette même université. Depuis 2007, elle y occupe le poste de responsable de programme de la formation de base en soins infirmiers aux adultes. Elle fait partie du comité de lecture de l'<i>International Emergency Nursing</i> et a publié de nombreux articles, seule ou comme co-auteure.</p> <p><a href="http://www2.gre.ac.uk/about/schools/health/about/departments/care/staff/alison-cork">http://www2.gre.ac.uk/about/schools/health/about/departments/care/staff/alison-cork</a></p> <p>Terry Ferns est infirmier diplômé, spécialisé en soins intensifs. Titulaire d'un doctorat, il enseigne la physiopathologie aiguë à l'Ecole santé-social de l'Université de Greenwich. Il est spécialiste dans les méthodes de recherches, la gestion du changement, la théorie de la motivation et la dynamique du pouvoir. Il est spécialiste dans la gestion de la violence et des agressions dans le domaine clinique.</p> <p><a href="http://www2.gre.ac.uk/about/schools/health/about/departments/care/staff/terry-ferns">http://www2.gre.ac.uk/about/schools/health/about/departments/care/staff/terry-ferns</a></p>
<b>Objectifs / hypothèses / question de recherche</b>	<p><b>Objectif :</b> apporter aux professionnels de santé des stratégies personnelles et professionnelles appropriées afin de minimiser les risques d'agressions d'un patient alcoolisé envers le personnel soignant d'un service d'urgences.</p> <p><b>Hypothèse de départ :</b> elle se trouve à la conclusion de la 1<sup>ère</sup> partie de l'article. Selon les auteurs, le personnel de soins, qui se trouve dans une situation à risque de violence, n'utiliserait pas toujours et de façon optimale les stratégies de communication visant à diminuer le risque d'agressivité lié à l'alcool (Ferns&amp;CorK, 2007).</p>
<b>Population et échantillon</b>	Les patients sous l'emprise de l'alcool qui se montrent agressifs lors de leur passage aux urgences et les professionnels de santé qui les prennent en charge.
<b>Concepts et/ou cadre théorique</b>	<p>Les auteurs s'appuient sur le cadre théorique d'Éric Berne, <i>L'analyse transactionnelle</i>. Éric Berne était un psychiatre et psychanalyste américain. Il a fondé l'analyse transactionnelle (A.T.). L'A.T. est une théorie de la personnalité et du développement, c'est une approche de la dynamique des relations interpersonnelles et un outil thérapeutique. L'A.T. précise que tout être humain est capable d'être autonome et qu'il peut apporter du changement dans sa vie.</p> <p>Le concept de l'A.T. est basé sur plusieurs états du Moi. Le Moi désignant la personne. Il existe 3 types de Moi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le Parent, construit sur les propres expériences du patient avec ses parents</li> <li>- l'Adulte, réfléchi et attentif</li> </ul>

	<p>- l'Enfant, curieux, spontané et émotif. Chacun oscille dans ces 3 types de Moi en fonction des scenarii et des échanges entre 2 ou plusieurs personnes. <a href="http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/0001/bin34/pages/basat.htm">http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/0001/bin34/pages/basat.htm</a> Berne, E., (2006). <i>Que dit-vous après avoir dit bonjour ?</i> Paris : éditions Tchou</p> <p>Dans le cadre de l'article, les auteurs présentent un tableau résumé des différents types de Moi ainsi que des mots et phrases typiques, des comportements et des attitudes typiques en lien (Maunder, 1997).</p> <table border="1" data-bbox="600 464 1854 810"> <thead> <tr> <th>Moi</th> <th>Mots et phrases types</th> <th>Comportements types</th> <th>Attitudes types</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Parent critique</td> <td>Honte, tu devrais...</td> <td>Froncer les sourcils Pointer du doigt</td> <td>Condescendant Jugeant</td> </tr> <tr> <td>Parent nourricier</td> <td>Bravo</td> <td>Souriant, avenant</td> <td>Soins et permissif</td> </tr> <tr> <td>Adulte</td> <td>Comment, où, quand, quoi ?</td> <td>Relaxé et attentif</td> <td>Esprit ouvert et intérêt</td> </tr> <tr> <td>Enfant adapté</td> <td>Puis-je ? je vais essayer de faire mieux...</td> <td>Hochement de tête, voix geignarde</td> <td>Compliant, plaintif et provocant</td> </tr> <tr> <td>Enfant libre</td> <td>Je veux ! Je me sens bien</td> <td>Désinhibé et rieur</td> <td>Curieux, émotif et spontané</td> </tr> </tbody> </table>	Moi	Mots et phrases types	Comportements types	Attitudes types	Parent critique	Honte, tu devrais...	Froncer les sourcils Pointer du doigt	Condescendant Jugeant	Parent nourricier	Bravo	Souriant, avenant	Soins et permissif	Adulte	Comment, où, quand, quoi ?	Relaxé et attentif	Esprit ouvert et intérêt	Enfant adapté	Puis-je ? je vais essayer de faire mieux...	Hochement de tête, voix geignarde	Compliant, plaintif et provocant	Enfant libre	Je veux ! Je me sens bien	Désinhibé et rieur	Curieux, émotif et spontané
Moi	Mots et phrases types	Comportements types	Attitudes types																						
Parent critique	Honte, tu devrais...	Froncer les sourcils Pointer du doigt	Condescendant Jugeant																						
Parent nourricier	Bravo	Souriant, avenant	Soins et permissif																						
Adulte	Comment, où, quand, quoi ?	Relaxé et attentif	Esprit ouvert et intérêt																						
Enfant adapté	Puis-je ? je vais essayer de faire mieux...	Hochement de tête, voix geignarde	Compliant, plaintif et provocant																						
Enfant libre	Je veux ! Je me sens bien	Désinhibé et rieur	Curieux, émotif et spontané																						
<p><b>Méthode et outils</b></p>	<p>Cet article est <b>un avis d'experts</b> dans le domaine des soins d'urgences. Les auteurs sont aussi des spécialistes dans la gestion et le leadership en soins infirmiers, qui apporte <b>un raisonnement scientifique déductif</b> basé sur l'analyse transactionnelle.</p>																								
<p><b>Résultats principaux</b></p>	<p>Cet article apporte des stratégies et des attitudes que les professionnels peuvent mettre en place pour diminuer l'agressivité d'un patient alcoolisé dans un service d'urgence. Sans le préciser textuellement, les auteurs préconisent la communication et les attitudes relationnelles comme outils pour diminuer l'agressivité des patients.</p> <p>Dans un premier temps, ils font le lien entre les principes de l'analyse transactionnelle d'Eric Berne et les divers outils de communication pouvant être utilisés. Ainsi, ils recommandent d'éviter les attitudes de Parent telles que l'autoritarisme et la condescendance, qui pourraient être perçues par le patient comme de la provocation. Ceci ne signifie pas que cette approche ne doit pas être utilisée mais elle ne doit pas figurer dans les premières stratégies à employer. Ils mettent en évidence que la communication Adulte est la plus appropriée en cas d'agressivité. Ainsi, un ton de voix clair, calme et confiant doit être utilisé. L'attitude Adulte pousse le soignant à être plus réfléchi et apporte transparence, honnêteté mais aussi écoute et attitude chaleureuse face au patient. Ces attitudes ne devraient pas être utilisées uniquement pour désamorcer un comportement agressif mais devraient être utilisées par le personnel soignant quotidiennement et à chaque instant (McCulloch, 2004), l'idée étant de prévenir un comportement agressif.</p>																								

Dans un second temps, les auteurs de l'article proposent diverses conséquences potentielles à la consommation d'alcool et des scénarii possibles.

Les patients sous stimulation alcoolique seraient plus susceptibles de ne pas se conformer aux demandes du personnel soignant et seraient peut-être plus enclins à réagir de manière excessive. Le fait de devoir attendre ou de n'avoir pas de réponse dans le laps de temps désiré peut conduire à un état d'agitation. Il est possible que le patient soit plus motivé à être agressif car il peut se percevoir comme plus important et plus puissant que le personnel soignant et les autres patients présents. Lorsque le patient agité reçoit plusieurs informations en même temps, ou si le personnel lui pose de nombreuses questions et lui demande de justifier son comportement, le patient peut se sentir attaqué, il n'arrive pas à suivre et peut vivre ces événements comme de la provocation. Les positions et la gestuelle utilisées par le personnel soignant, telles que debout face au patient, peuvent aussi être vécues comme de la provocation. Il se peut que le patient ne se sente concerné que par ses demandes immédiates, sans pouvoir évaluer les conséquences de son comportement agressif. Toutes ces situations mettent le personnel soignant dans un état de stress et peuvent engendrer de l'anxiété auprès des autres patients présents et du retard dans les prises en charge.

Par la suite, les auteurs mettent en évidence que, pour éviter la montée de l'agressivité d'un patient ou pour diminuer cette dernière, il est nécessaire d'offrir une formation spécifique au personnel soignant (Sains, 1999).

Dans un troisième temps, les auteurs apportent une approche organisationnelle de la gestion de l'agitation. Ils indiquent que le Royal College of Nursing (1998) conseille le développement des compétences relationnelles pour diminuer les comportements agressifs. Il recommande la formation du personnel et le soutien et la reconnaissance des équipes de soins par leur hiérarchie. Cork et Ferns citent divers auteurs qui ont précisé que les infirmiers qui possèdent une estime d'eux-mêmes renforcée sont plus à même de gérer l'agressivité des patients.

L'article se termine par des conseils pratiques pour gérer les incidents de violence. Lorsqu'un patient présente un comportement hostile et violent, il peut être utile d'adopter un comportement exagérément courtois et respectueux afin de diminuer l'escalade de violence (Blumenreich&al. 1991). L'expression «ne le prenez pas pour vous» est inutile car l'intention agressive est personnelle et les insultes motivées par un désir de domination de la part du patient. Ainsi, le personnel soignant va élever la voix (ce que cherche le patient), ce qui va enflammer une situation déjà tendue (Brennen, 2001).

Les auteurs préconisent d'informer rapidement les collègues lorsqu'un soignant est en présence d'un patient agité (Davies, 1988). Ainsi le patient sait que l'infirmier n'est pas seul. L'équipe doit toujours veiller à avoir une porte de sortie et ne doit jamais tenter de bloquer un patient agressif qui souhaite quitter les lieux. Isoler un patient agressif est une bonne pratique mais il faut rester vigilant à ce que cela n'isole pas l'infirmier en charge de ce patient. L'appel à un service de sécurité est une autre solution mais le plus important est que le personnel soignant soit conscient des limites de son rôle. Les auteurs préconisent que seul le personnel expérimenté et formé devrait s'occuper des patients agressifs, ce qui permettrait ainsi aux

	<p>novices d'observer et d'apprendre.</p> <p>Par la suite, une liste de recommandations en matière d'attitudes est proposée au personnel soignant par les auteurs, soit notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• être conscient de soi</li> <li>• intervenir précocément</li> <li>• être conscient de son ton de voix et de sa posture</li> <li>• parler d'une voix calme, avec des paroles respectueuses et chaleureuses, des phrases courtes</li> <li>• éviter les promesses et les défis, éviter les provocations</li> <li>• offrir des choix</li> <li>• ôter tous les objets dangereux sur les blouses ou autour du patient</li> <li>• veiller à ce que le soignant, comme le patient, disposent d'une porte de sortie.</li> </ul> <p>The Royal College of Psychiatrists Research Unit propose, quant à lui, de laisser de l'espace et du temps au patient, de reconnaître ses sentiments, de ne pas le confronter, de maintenir une distance suffisante, de se déplacer dans des endroits sûrs, d'éviter les coins, d'expliquer ses intentions, d'être attentif à la communication non verbale... (liste non exhaustive).</p>
<b>Conclusion de l'article</b>	<p>Les auteurs mettent en évidence la complexité de la gestion des agressions aux urgences. Ils insistent sur le fait que le personnel doit être formé et qu'il prenne conscience de l'importance des relations interpersonnelles lors des interactions auprès des patients. Selon les auteurs, cet article offre des stratégies utiles aux soignants mais rappelle qu'il est fondamental que la direction d'un hôpital mette en place des interventions veillant à la sécurité des patients et du personnel.</p>
<b>Notre point de vue critique sur l'article</b>	<p>Les aspects éthiques de la démarche semblent avoir été garantis : anonymat et information.</p> <p>L'article apporte des recommandations claires et concrètes qui peuvent être mises en place dans un service d'urgences dans notre pays. Bien que cet article ait été rédigé à l'intention des soignants confrontés à des patients sous emprise alcoolique, il semble tout à fait adapté d'utiliser les recommandations face à des patients agités pour d'autres motifs.</p> <p>Une recommandation a tout particulièrement retenu notre attention : ne pas retenir un patient qui souhaite quitter les lieux. Certes, il semble aller de soi que nous n'allons pas nous mettre en danger pour retenir un patient mais qu'en est-il de notre responsabilité, et de celle de l'hôpital, si un patient quitte les urgences sans accord et qu'il lui arrive un accident ?</p>
<b>Apport de l'article à notre questionnement</b>	<p>Cet article répond à notre questionnement de façon claire et concrète. Il apporte des stratégies que nous pouvons utiliser dans l'exercice de notre pratique. La communication et les relations interpersonnelles font partie de notre rôle autonome.</p>

## 6.5. Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients

<b>Références bibliographiques</b>	<p>Shields, M. &amp; Wilkins, K. (2009). Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients. <i>Rapports sur la santé*</i>, vol. 20, n° 2, juin 2009. Ottawa (Ontario, CA) : Statistique Canada, Division de l'analyse de la santé.</p> <p>* <i>Rapports sur la santé</i> est une revue canadienne mensuelle publiée par Statistique Canada qui est l'organisme gouvernemental canadien chargé de recueillir, compiler, analyser, dépouiller et publier des renseignements statistiques portant sur les activités commerciales, industrielles, financières, sociales, économiques et générales des Canadiens. Ce mensuel est consacré à la recherche sur la santé des populations et les services de santé. Il permet la mise en commun de renseignements méthodologiques et a comme mandat d'être une source essentielle d'information sur la santé au Canada.</p> <p>Son contenu est évalué par des pairs (spécialistes cliniques ou dans un autre domaine spécifique, ainsi que des méthodologistes ou des statisticiens). Son comité de rédaction est composé de spécialistes de renommée internationale dans le domaine de la santé et est présidé par un rédacteur scientifique.</p>
<b>Contexte professionnel et/ou culturel des auteurs</b>	<p><b>Margot Shields</b> est analyste senior à Statistique Canada, à la Division de l'analyse de la santé. Elle a publié de nombreux articles.</p> <p><b>Kathryn Wilkins</b> est aussi analyste senior à Statistique Canada, à la Division de l'analyse de la santé. Auparavant, elle a pratiqué 10 ans dans les soins infirmiers, puis a obtenu une maîtrise en épidémiologie et en biostatistique à l'Université McGill. Elle a travaillé à partir de 1989 comme épidémiologiste au sein de l'administration fédérale canadienne. Elle a publié de nombreux articles. Elle a été rédactrice en chef des revues <i>Rapports sur la santé</i> et <i>Chronic Diseases in Canada</i>.</p>
<b>Objectifs / Hypothèses / Question de recherche</b>	<p><b>Objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• évaluer dans quelle mesure les infirmières travaillant au Canada dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé de longue durée sont exposées à des violences physiques ou psychologiques de la part des patients</li> <li>• identifier les facteurs qui aggravent ou réduisent le risque de subir de la violence au travail de la part des patients.</li> </ul>
<b>Population et échantillon</b>	<p><b>Population :</b> les 218'300 membres de la profession infirmière travaillant au Canada dans les hôpitaux ou dans des établissements de soins de santé de longue durée à l'automne 2005. Ces infirmières sont soit des infirmières autorisées (IA), soit des infirmières auxiliaires autorisées (IAA) ou des infirmières psychiatriques autorisées (IPA).</p> <p>En effet, au Canada, il n'y a que 3 catégories d'infirmières reconnues :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– les infirmières autorisées (IA) qui pratiquent dans divers domaines des soins infirmiers, mais aussi au niveau de l'éducation, l'administration, la recherche et les politiques</li> <li>– les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) qui travaillent individuellement ou en collaboration avec d'autres membres de l'équipe de soins afin de dispenser des soins infirmiers aux personnes, aux familles ou aux membres de tous les groupes d'âge. Elles pratiquent plus couramment dans le milieu gériatrique</li> </ul>

	<p>– les infirmières psychiatriques autorisées (IPA) qui dispensent des soins liés à la santé mentale et au développement auprès des personnes, des familles, des groupes ou des collectivités. Les IA et IAA pratiquent dans toutes les provinces et tous les territoires. Les IPA pratiquent presque exclusivement dans certaines provinces.</p> <p><b>Echantillon : n = 12'218</b> Sur les 24'443 infirmières (H/F) sélectionnées au départ, 21'307 ont pu être contactées. Celles ne travaillant pas en soins infirmiers au moment de l'enquête ont été exclues. Sur ces 21'307, 18'676 ont finalement accepté de participer soit 79,7%. Les taux de réponse en fonction des catégories d'infirmières étaient de 80,8 % pour les IA, de 78,4 % pour les IAA et de 80,6% pour les IPA. Comme l'enquête se faisait sur 10 provinces et 3 territoires, les auteurs précisent qu'ils ont dû, pour éviter un éventuel biais lié aux différents taux de réponses, pondérer les résultats obtenus dans chaque zone en fonction de la taille du sous-échantillon. Et afin de restreindre un peu plus l'hétérogénéité de l'échantillon, l'analyse des données s'est limitée aux infirmières affectées aux soins directs dans un hôpital ou un établissement de soins de santé de longue durée, ce qui réduit l'échantillon à 12'218 personnes. Finalement, les auteurs précisent que, grâce à l'application des différentes pondérations, l'échantillon peut être considéré comme bien représentatif de la population étudiée.</p>
<b>Concepts et/ou cadre théorique</b>	Il n'y a pas de concepts novateurs et clairement explicités dans cet article.
<b>Méthode et outils</b>	<p>Les données analysées dans cet article sont tirées de l'Enquête nationale canadienne sur le travail et la santé du personnel infirmier (ENTSPI), réalisée en 2005 par Statistique Canada, en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé (<a href="http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/FR/SubTheme/about+cihi/governance+and+accountability/cihi010704">http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/FR/SubTheme/about+cihi/governance+and+accountability/cihi010704</a>) et Santé Canada (qui est le ministère fédéral de la santé canadien).</p> <p>Cette <b>importante recherche quantitative</b> avait pour but de recueillir des renseignements auprès des infirmières</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sur leur milieu de travail,</li> <li>- sur leur charge de travail,</li> <li>- sur leur perception quant à la qualité des soins offerts</li> <li>- et sur leur état de santé physique et mentale.</li> </ul> <p>L'enquête a été réalisée <b>par téléphone d'octobre 2005 à janvier 2006</b>; la durée moyenne de l'entretien était de 30 min.</p> <p>Les deux questions fermées (oui/non) ci-dessous visaient à mesurer les violences au travail commises par les patients à l'encontre des infirmières :</p>

	<p>– « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime d’une agression physique de la part d’un patient ? »  – « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de violence émotionnelle (psychologique) de la part d’un patient ? »</p> <p>Ces deux questions ont été lues au téléphone aux participants, sans explication ou définition de l’agression physique et de la violence psychologique.</p> <p>Shields &amp; Wilkins détaillent sur plusieurs pages leur méthodologie et présentent différents tableaux. Elles décrivent les coefficients de fiabilité choisis, les variables retenues, les échelles et sous-échelles sur lesquelles elles se sont appuyées pour coter les réponses des participants, quels énoncés ont été choisis, quelles réponses étaient proposées à chaque énoncé, quels scores ont été attribués à chaque réponse d’un énoncé, mais aussi comment elles ont obtenu les scores globaux. Finalement, les auteures terminent cette partie par l’explication des techniques d’analyse qu’elles ont utilisées.</p> <p>Des totalisations croisées ont été utilisées pour examiner la relation entre la violence et :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les caractéristiques personnelles des infirmières,</li> <li>• les caractéristiques de l’emploi (effectif, ressources, etc.)</li> <li>• les déterminants du climat de travail.</li> </ul> <p>En neutralisant l’effet des caractéristiques personnelles et des caractéristiques de l’emploi, on a recouru à la régression logistique multiple pour examiner la relation entre la violence et :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d’une part la suffisance de l’effectif ou des ressources</li> <li>• d’autre part les relations avec les collègues.</li> </ul>
<p><b>Résultats principaux</b></p>	<p>Shields &amp; Wilkins regroupent leurs résultats selon les thématiques suivantes :</p> <p>a) <u>Caractéristiques de la population étudiée</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 94 % sont des femmes.</li> <li>- les IA, IAA et IPA composent respectivement 75 %, 24 % et 1 % de la population étudiée</li> <li>- 19 % sont titulaires d’un baccalauréat ou d’un diplôme post baccalauréat en sciences infirmières</li> <li>- elles ont 17 années d’expérience professionnelle dans les soins infirmiers, en moyenne</li> <li>- la plupart se considèrent en bonne santé générale et mentale</li> <li>- 79 % travaillent en hôpital</li> <li>- 35 % se sentent très satisfaites et 41 % plutôt satisfaites de leur travail</li> <li>- 58 % travaillent à temps plein; 31 % travaillent de jour exclusivement; 37 % travaillent habituellement en horaires de 12 heures.</li> </ul>



- b) Facteurs associés à la violence subie :  
 34 % des participants déclarent avoir été agressés physiquement par un patient et 47 % font état de violence psychologique subie au cours de l'année qui précède l'enquête
- **les membres masculins** du personnel infirmier et **les membres les moins expérimentés sont plus susceptibles de déclarer l'une et l'autre formes de violence**
  - **la possession d'un baccalauréat ou d'un diplôme supérieur au Baccalauréat en sciences infirmières s'associe à une probabilité moindre d'avoir fait l'objet d'une agression physique** mais n'a pas d'influence sur la violence psychologique subie
  - comparativement aux IA, les IAA et les IPA sont plus susceptibles de déclarer avoir été victimes de violence; ce risque est particulièrement marqué chez les IPA, dont 47 % rapportent une agression physique, et 72 % de la violence psychologique
  - **les infirmières travaillant en horaires autres que celui de jour et celles travaillant habituellement un quart de 12 heures sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer l'une et l'autre formes de violence**
  - la prévalence des cas de violence varie considérablement selon le domaine de travail
  - **la proportion d'infirmières déclarant avoir été victimes d'une agression physique ou de violence psychologique est respectivement de 42% et de 69% au service des urgences.**
- c) Climat de travail : **une part importante des infirmières rapporte un manque d'effectif ou de ressources.** En revanche, les déclarations faisant état de mauvaises relations de travail entre les infirmières et les médecins sont peu courantes. **Le soutien de la part de la hiérarchie est perçu comme faible; et 46 % des infirmières se déclarent exposées à l'hostilité ou aux conflits avec leurs collègues.**
- d) Liens entre le climat de travail et la violence subie :
- **l'insuffisance de l'effectif ou des ressources,**
  - **les mauvaises relations de travail infirmières-médecins,**
  - **le faible soutien de la part de la hiérarchie et des collègues,**
- sont corrélés de manière significative à l'agression physique et à la violence psychologique subies.**  
 La prévalence des cas d'agression physique était de 44% chez les infirmières s'estimant les moins bien dotées en effectif ou en ressources contre 23% chez les autres; tandis que ce rapport était de 58 % contre 32 % pour la violence psychologique.
- Les infirmières classées comme ayant **un faible soutien de la part de leur hiérarchie** sont **plus susceptibles de déclarer avoir été agressées** physiquement que celles ayant mentionné des relations plus positives (40 % contre 32 %), ce qui est également le cas pour la violence psychologique (55% contre 44%).  
**Concernant le soutien de la part des collègues, les résultats sont comparables :** 40 % des infirmières jugeant

	<p>avoir un faible soutien de la part de leurs collègues ont déclaré avoir été agressées physiquement, contre 29 % pour celles qui font mention d'un grand soutien; ceci est également le cas concernant la violence psychologique : 53 % contre 42 %.</p> <p>Il y a également <b>un lien entre les relations de travail infirmières-médecins et le risque de violence</b>, car seulement 28 % des infirmières jugeant ces relations comme très favorables ont déclaré avoir été agressées physiquement; alors que 39 % des infirmières qui jugent ces relations comme mauvaises rapportent des agressions physiques; en ce qui concerne la violence psychologique, un rapport analogue s'établit de 39 % à 57 %.</p> <p><u>Grâce à l'analyse multivariée</u>, Shields &amp; Wilkins confirment que <b>l'effectif ou les ressources inadéquats et le faible soutien de la part des collègues ou de la hiérarchie sont associés positivement à l'une et l'autre formes de violence</b>. Elles peuvent confirmer que <b>les mauvaises relations infirmières-médecins restent associées positivement à la violence psychologique, mais non à l'agression physique</b>.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>A la lumière des résultats d'autres études</p>	<p>Shields &amp; Wilkins rapportent que d'autres études ont également montré que le risque d'être victime de violence au travail est élevé chez les infirmières, mais que <b>celles-ci ont tendance à accepter cela comme « faisant partie de l'emploi »</b> et qu'un grand nombre d'entre elles <b>ne prennent pas la peine de signaler les incidents de violence parce qu'elles pensent, soit qu'aucune mesure ne sera prise, soit qu'on les en tiendra pour responsables (« culture du silence »)</b>.</p> <p>Comme tendent aussi à le montrer d'autres travaux de recherche, les <b>infirmières débutantes n'ont peut-être pas la capacité de pressentir les manifestations d'agressivité, puis de les désamorcer; mais en revanche</b>, du fait de leur jeune âge et de leur manque d'expérience, <b>elles pourraient reconnaître plus ouvertement les incidents de violence</b> car elles sont moins enclines à les considérer comme « faisant partie de l'emploi » (Duncan, Hyndman, Estabrooks <i>et al.</i>, 2001).</p> <p>L'étude de Poster &amp; Ryan (1994), en particulier, a révélé <b>une tendance chez les infirmiers (H) à vouloir protéger leurs homologues féminines et à assumer un rôle principal concernant la maîtrise des patients agressifs</b>, ce qui explique qu'ils en soient plus souvent les victimes.</p> <p>Camerino, Estry-Behar, Conway <i>et al.</i> (2007), dans leur étude NEXT, menée dans 7 à 10 pays européens (résultats pas complets pour tous les pays) sur la violence et ses facteurs à l'encontre du personnel infirmier, relèvent aussi que <b>le travail de nuit est lié à la violence subie</b>, peut-être du fait qu'il met le <b>personnel dans un plus grand isolement</b>.</p> <p>Cette même étude pose l'hypothèse selon laquelle <b>des relations hostiles entre les professionnels de la santé entraînent des niveaux élevés de détresse, ce qui peut ensuite compromettre les relations patients-infirmières et favoriser la violence</b>.</p>

	<p>L'étude NEXT montre encore que <b>les contraintes de temps, c'est-à-dire le temps manquant compte tenu des tâches à accomplir, s'associent à la violence au travail.</b></p> <p>L'étude de Duncan, Hyndman, Estabrooks <i>et al.</i>, (2001), réalisée en Alberta et en Colombie-Britannique auprès d'infirmières autorisées travaillant en milieu hospitalier, révèle que <b>le fait d'avoir manqué de temps pour terminer leurs tâches au cours du dernier quart de travail</b> les rend plus susceptibles de déclarer avoir fait l'objet de violence. De plus, <b>lorsque certaines tâches demeurent inachevées</b> en raison d'un manque d'effectif ou de ressources, les patients peuvent devenir agités, ce qui génère <b>un plus grand risque de violence envers les infirmières.</b></p> <p>L'enquête auprès du personnel des National Health Services (NHS) menée en Angleterre en 2005 comportait des questions semblables à celles posées dans le cadre de l'ENTSPI. Elle permet de constater que les estimations d'exposition à la violence au travail obtenues au Canada sont beaucoup plus élevées que celles observées en Angleterre. Shields &amp; Wilkins avancent que <b>l'encouragement à la dénonciation des incidents de violence</b> et la prise de <b>mesures de suivi par les autorités</b> expliquent peut-être les taux de violence plus faibles en Angleterre.</p> <p><u>Limites de l'ENTSPI :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ses 2 auteures relèvent l'absence d'une définition uniforme sur la violence physique ou psychologique au travail, les participants n'ayant reçu aucune autre explication ni définition de ces termes</li> <li>- les estimations de la prévalence de l'agression physique et psychologique se fondent uniquement sur des données auto-déclarées et n'ont pas été validées par d'autres sources plus objectives concernant la fréquence et la gravité des violences</li> <li>- la période d'investigation sur un an pourrait donner lieu à un biais de remémoration de la part des participants</li> <li>- le contexte sociopolitique, l'économie ou l'emplacement géographique de l'établissement de soins de santé peuvent avoir eu une incidence sur la probabilité de déclarer les violences subies, mais aucune mesure de ces facteurs n'a été rapportée</li> <li>- les mesures des déterminants du climat de travail sont fondées sur les déclarations des infirmières. Elles précisent qu'il est impossible d'établir la chronologie des associations et d'inférer une relation de cause à effet</li> <li>- cette enquête a été menée par téléphone et l'on ne connaît pas l'incidence de ce mode de collecte sur l'exactitude des réponses données.</li> </ul>
<p><b>Conclusion de l'article</b></p>	<p>Cet article met en lumière que la <b>violence physique ou psychologique</b> infligée aux infirmières par les patients est <b>courante au Canada.</b></p> <p><b>Les facteurs de risque</b> d'être exposé à la violence au travail sont notamment les déterminants du climat de travail, en particulier la perception que l'effectif et les ressources sont inadéquats, ainsi que de mauvaises relations entre pairs.</p> <p>Le fait que <b>les autorités encouragent la dénonciation des incidents</b> et qu'elles <b>prennent des mesures appropriées</b> sont <b>vraisemblablement des conditions essentielles pour réduire les violences que subissent les infirmières canadiennes</b></p>

	<p><b>au travail.</b> Parmi ces mesures, il convient en particulier de <b>favoriser des effectifs et des ressources suffisants</b>, ainsi que des <b>relations harmonieuses entre les professionnels de santé</b> amenés à travailler ensemble.</p>
<p><b>Notre point de vue critique sur l'article</b></p>	<p>Les aspects éthiques de la recherche, comme l'anonymat et le volontariat, semblent avoir été garantis.</p> <p>Force de l'étude : c'est la première étude canadienne, fondée sur des données représentatives à l'échelle nationale, qui mesure à quel point les infirmières se déclarent être victimes de violences de la part des patients et qui identifie les facteurs associés à ces violences.</p> <p>Shields &amp; Wilkins paraissent si expertes en traitement statistique des données qu'il en devient difficile, à notre niveau, de comprendre l'exposé de leurs méthodes, et surtout de leurs pondérations.</p> <p>Les résultats sont catégorisés et la discussion apporte beaucoup d'éléments pertinents.</p>
<p><b>Apport de l'article à notre questionnement</b></p>	<p>Cet article canadien appuie le fait que notre sujet est un problème sérieux pour la pratique infirmière. Ses résultats convergent pour beaucoup avec ceux d'autres articles que nous avons sélectionnés, mais il apporte aussi des données originales.</p> <p>Sans apporter de réponse précise à notre question de recherche, il offre des pistes d'interventions infirmières concernant notre problématique, notamment en ce qui concerne l'importance d'un bon climat de travail : soutien entre collègues, relations infirmières-médecins. A notre avis, un tel climat met en jeu des connaissances approfondies de la communication et des compétences relationnelles éprouvées, que devraient donc développer les infirmières pour éviter d'être victimes de l'agitation et de la violence des patients.</p>

## 6.6 Gestion non pharmacologique de la violence dans les situations d'urgences psychiatriques (traduit de l'anglais)

<b>Références bibliographiques</b>	Novitsky Jr, M. A., Julius, R. J., & Dubin, W. R. (2009). Non-pharmacologic Management of Violence in Psychiatric Emergencies. <i>Primary Psychiatry</i> , 16 (9).
<b>Contexte professionnel et/ou culturel des auteurs</b>	<p>Le <b>Dr Mark Novitsky Junior</b> est médecin psychiatre. Diplômé en 2008, il exerce à la Division psychiatrique pour Enfants et Adolescents du Département de Psychiatrie et d'Etude du Comportement humain, à la Thomas Jefferson University de Philadelphie, en Pennsylvanie (USA).</p> <p>En 2014, il est aussi directeur médical de la Wordsworth Academy. Cet organisme fournit un cursus éducatif complet, des traitements comportementaux et des services sociaux à l'enfance, soit dans son centre d'accueil résidentiel, soit dans les écoles, les homes et le reste de la communauté. Le but de ces services est <i>l'empowerment</i> des jeunes et de leurs familles, afin qu'ils développent leur plein potentiel de réussite.</p> <p><b>La D<sup>resse</sup> Rose Julius</b> est médecin psychiatre. Lors de la rédaction de cet article, elle effectuait sa 4<sup>e</sup> année (sur 5) de spécialisation en psychiatrie. En 2014, elle exerce à AtlantiCare, un organisme sans but lucratif, le plus grand fournisseur de soins de santé du Comté d'Atlantic City, dans le New Jersey. Elle s'y occupe de toxicomanes, de sans-abris et d'indigents.</p> <p><b>Le Prof. William Dubin</b> enseigne la psychiatrie et les sciences du comportement à la Temple University School of Medicine de Philadelphie. Il est spécialisé en psychiatrie, neurologie et gériatrie.</p> <p>Ses intérêts cliniques portent sur la gestion de l'agression, la psychiatrie d'urgence et les patients psychiatriques hospitalisés. Il est l'auteur de nombreuses publications et très actif dans les associations se consacrant à la psychiatrie.</p>
<b>Objectifs / Hypothèses / question de recherche</b>	<p><b>Objectif :</b> proposer des interventions pour gérer les patients violents aux urgences psychiatriques, en évitant de recourir systématiquement à l'administration de médicaments et/ou à la contention physique.</p> <p><b>Hypothèses de départ :</b> les auteurs les présentent sous forme de "points de discussions" :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il existe un risque important de violence pour les cliniciens de la santé mentale</li> <li>• des stratégies verbales et interpersonnelles peuvent aider efficacement à atténuer le risque de violence</li> <li>• la violence est rarement inattendue et peut souvent être prédite</li> <li>• la violence est une réaction à l'impuissance et à l'humiliation</li> <li>• certains éléments architecturaux peuvent améliorer la sécurité des cliniciens</li> <li>• la sécurité dans les locaux dépend d'un processus d'évaluation continue</li> <li>• face à un malade armé, des interventions verbales, non menaçantes, peuvent diminuer le risque de blessure.</li> </ul>
<b>Population et échantillon</b>	Dans le cadre d'un avis d'experts (n=3) qui se sont désignés eux-mêmes et qui s'inspirent de leurs expériences et de leurs lectures scientifiques (n=30), sans démarche expérimentale, il n'y a pas lieu de définir une population ou un échantillon.

<b>Concepts et/ou cadre théorique</b>	La <i>désescalade verbale</i> et les <i>stratégies de talk-down</i> (Cf. annexe).
<b>Méthode et outils</b>	Cet article est <b>un avis d'experts</b> sur la gestion de la violence en psychiatrie. Les auteurs démontrent la validité de leurs hypothèses en s'appuyant sur une <b>large revue de littérature</b> .
<b>Résultats principaux</b>	<p>Selon les auteurs, il existe un risque important pour le personnel soignant d'être agressé sur son lieu de travail. Selon le Département de la Justice, une enquête sur les victimes de crime, de 1993 à 1999, a mis en avant un taux annuel de 12,6 pour 1'000 travailleurs, de criminalité violente non mortelle, pour toutes les professions. Pour les médecins, le taux était de 16,2 et pour les infirmières, il était de 21,9.</p> <p>Les auteurs mentionnent que le service des urgences peut être l'endroit le plus dangereux pour travailler dans un hôpital, car il est ouvert au public et est accessible sans contrôle de sécurité, la police y amène quotidiennement des patients potentiellement violents et le nombre de toxicomanes qui s'y présentent est en augmentation.</p> <p>Les auteurs mettent en avant plusieurs thématiques importantes dans la gestion d'un patient agité.</p> <p><b>Comprendre la dynamique de la violence :</b> le comportement menaçant d'un patient est souvent une réaction excessive à un sentiment d'impuissance, de désespoir et d'humiliation, ressenti ou réel. Le soignant devrait éviter de devenir verbalement ou physiquement agressif envers le patient. L'utilisation de la stratégie non menaçante consiste à proposer de l'aider de façon rassurante.</p> <p><b>Intervention lors de la phase prodromique de la violence :</b> l'agression se produit rarement de manière inattendue et soudaine. Généralement, elle est précédée d'une phase prodromique au cours de laquelle la tension et l'anxiété augmentent. Les interventions utilisant les stratégies de « talk down » permettent souvent d'éviter les comportements violents mais le soignant doit s'assurer que le patient est capable d'écoute. Ces techniques consistent à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• utiliser une voix douce, mais assurée</li> <li>• utiliser des phrases courtes</li> <li>• le volume, la tonalité et la vitesse d'expression devraient être inférieurs à ceux du patient, mais pas trop bas non plus</li> <li>• ne pas contredire, ni discuter les propos du patient</li> <li>• ne pas surprendre le patient en arrivant par l'arrière</li> <li>• ne jamais tourner le dos à un patient agité ou menaçant.</li> </ul>

Toutefois, les patients alcoolisés ou drogués ne sont pas des bons candidats pour ces techniques.

**La gestion des émotions :** c'est la principale stratégie *de désescalade*, pour désamorcer un patient potentiellement violent. Elle consiste à valider les émotions qu'il ressent. Le soignant doit éviter de trouver des explications logiques et rationnelles face à ce que vit le patient et doit l'encourager à parler de ses sentiments. Par exemple, le soignant pourrait dire « je vois que vous êtes en colère. Moi aussi je serais en colère si on me donnait des médicaments contre ma volonté ».

**Techniques additionnelles de gestion des émotions :** le contact visuel et le langage corporel témoignent de l'attention au patient, et réduisent ainsi la probabilité d'une agression. Cependant, un contact visuel prolongé et intense peut être perçu comme menaçant. D'autres attitudes sont importantes auprès d'un patient agité :

- reformuler les déclarations du patient
- être honnête et précis dans les réponses données au patient
- garder une distance physique adéquate avec le patient, 1 à 2 mètres
- se mettre à hauteur du patient
- si le patient se déplace, le soignant peut le suivre mais à un rythme plus lent.

**Définition du cadre :** face à un patient agité, il est important de définir un cadre ; cependant il arrive que les soignants réagissent par des menaces de rétorsion, dans le but de fixer un cadre, mais qui sont contreproductives. Pour avoir les meilleures chances de pouvoir poser des limites, il faut respecter la séquence suivante : premièrement, on dit au patient que son comportement est inacceptable, puis on lui explique pourquoi il est inacceptable. Par la suite, on lui propose au moins deux options de prise en charge, comme il doit réfléchir pour faire son choix, cette opération mentale contribue à le calmer.

**Evaluation du risque :** il existe plusieurs facteurs de risque de violence. La présence de l'un d'eux signale au médecin que le patient peut présenter une dangerosité. Il faut donc avoir conscience de ces facteurs :

- des antécédents de violence répétés, relevant d'un passé judiciaire ou militaire
- de l'agitation, de la colère, un comportement désorganisé
- attention réduite pendant l'entrevue
- un plan détaillé de la menace de violence
- des moyens disponibles pour infliger des blessures, comme la possession d'une arme

- des antécédents d'abus sexuels ou physiques subis
- la présence d'une maladie organique
- troubles psychotiques, tels que des hallucinations visuelles, ou auditives (voix qui commandent de faire tel ou tel acte)
- personnalité borderline ou antisociale
- la consommation de drogue ou d'alcool
- groupe social présentant une prévalence accrue de violence: jeunes, hommes, milieux socioéconomiques défavorisés.

Il est précisé dans cet article que, pour les patients à haut risque de violence en milieu hospitalier, le médecin peut choisir de laisser la porte du bureau d'entretien ouverte lors de l'entrevue, ou veiller à ce que la sécurité soit présente ; ou encore d'interroger le patient dans une salle de conférence avec une grande table, cette dernière servant ainsi de barrière entre le médecin et le patient. L'évaluation des risques doit être un processus continu.

Au niveau de l'architecture de l'établissement, il est mentionné dans cet article que les locaux devraient être conçus ainsi :

- meubles lourds, ne pouvant pas être levés ou utilisés comme des armes
- dans les salles d'urgences en particulier, pas d'objets tranchants ou pointus qui pourraient être utilisés comme des armes
- portes des salles d'examen munies de fenêtres
- présence de boutons d'alarme ou une stratégie prédéfinie pour informer les autres employés ou même la police d'une situation menaçante. Dans le même but, un autre code devrait être élaboré, pour alerter le personnel, qu'un malade armé se trouve dans la salle d'attente. Un système d'alarme directe à la police devrait également être prévu, en particulier pour la situation où un patient est armé ou est fortement soupçonné d'en détenir une
- les locaux sont munis de caméras de surveillance
- l'aménagement général doit afficher clairement la règle selon laquelle la violence n'est pas tolérée, et qu'elle entraînera des conséquences pour ses auteurs si elle se manifeste malgré tout.

A la fin de l'article, les auteurs proposent quelques **recommandations lorsqu'un patient s'avère être armé :**

La majorité du personnel doit se replier à l'abri, dans un local à part. Un « négociateur » doit reconnaître la situation pour ce qu'elle est, sans la minimiser. Pour tenter de nouer une alliance thérapeutique, il faut mettre en valeur les domaines dans lesquels le point de vue du patient est correct, plutôt que d'essayer de lui démontrer les domaines dans lesquels son point de vue est erroné. Il ne faut en aucun cas tenter de prendre l'arme des mains du patient, mais lui suggérer de la poser doucement.



<p><b>Conclusion de l'article</b></p>	<p>In extenso :</p> <p>La gestion des patients violents, agressifs, est un défi clinique. Cependant, si le clinicien repasse périodiquement en revue les points clés de cette gestion clinique, alors la plupart des confrontations avec un patient violent peuvent avoir un résultat satisfaisant. <b>Les stratégies fondamentales</b> sont les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) procéder à une évaluation des risques sur tous les nouveaux patients et poursuivre continuellement cette évaluation chez les patients qui présentent des facteurs de risque de violence</li> <li>b) éviter d'évaluer et/ou de soigner des patients à risque de violence seul ou dans un bureau isolé</li> <li>c) se rappeler que la violence est une réponse à des sentiments d'impuissance, de passivité et d'humiliation, réelle ou ressentie</li> <li>d) les interventions les plus efficaces pour gérer l'agressivité sont les stratégies du <i>talk-down</i> non menaçant, qui utilisent la gestion des émotions comme pièce maîtresse</li> <li>e) le cadre défini doit toujours offrir deux options au patient, parmi lesquelles il doit choisir sa préférée</li> <li>f) on ne doit pas menacer un patient armé, et le clinicien doit lui répondre d'une manière non menaçante, en lui proposant de l'aide et de la compréhension</li> <li>g) enfin, on doit réévaluer périodiquement la sécurité des locaux administratifs et de soins et procéder aux aménagements nécessaires pour améliorer la sécurité.</li> </ol>
<p><b>Notre point de vue critique sur l'article</b></p>	<p>L'exploration du contexte professionnel des auteurs révèle que cet article, qui se présente de prime abord comme un avis d'experts, repose essentiellement sur l'expertise et l'expérience du 3<sup>e</sup> auteur, le Professeur de psychiatrie William Dubin. En effet, au moment de la rédaction de cet article, les deux premiers auteurs étaient plus ou moins novices dans leur profession de psychiatres, la D<sup>resse</sup> Julius n'ayant d'ailleurs pas encore terminé sa spécialisation. Nous sommes donc amenés à penser que les 2 premiers auteurs ont réalisé la revue de littérature, puis rédigé cet article sous l'étroite supervision du Prof. Dubin. Du reste, il est assez frappant de constater que la démarche qui a abouti à ce texte est assez proche de celle que nous menons dans l'élaboration de notre Bachelor thesis.</p> <p>Bien que cet article semble avoir été rédigé à l'intention des médecins confrontés à des patients violents ou menaçants, il a retenu notre intérêt car il nous paraît tout à fait envisageable et pertinent que le personnel infirmier utilise les recommandations et les stratégies proposées. Parmi celles-ci, plusieurs peuvent relever du rôle autonome infirmier, notamment celles qui concernent la communication et les relations interpersonnelles.</p> <p>Cet article se réfère à une population psychiatrique, population que nous pouvons aussi rencontrer dans un service d'urgence somatique. Les recommandations qu'il formule nous paraissent tout aussi appropriées pour des patients violents ou menaçants qui ne souffriraient pas d'une pathologie psychiatrique</p>
<p><b>Apport de l'article à notre</b></p>	<p>Cet article répond de manière claire et détaillée à notre question de recherche. Il offre des pistes concrètes sur les attitudes</p>

<b>questionnement</b>	et les stratégies d'intervention qu'il est recommandé d'adopter avec un patient violent ou menaçant. Il décrit précisément les principes de la <i>désescalade et du talk-down</i> . Finalement, l'article apporte des recommandations claires, précises et concrètes, que les personnels médical, infirmier, et même administratif peuvent collaborer à mettre en place dans les services d'urgences somatiques de notre pays, la Suisse.
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 6.7 Violence liée aux patients au tri des urgences : une étude qualitative descriptive (traduit de l'anglais)

<b>Références bibliographiques</b>	Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. <b>Patient-related violence at triage : A qualitative descriptive study.</b> <i>International Emergency Nursing (2011) 19, Issue 1, 12-19</i>
<b>Contexte professionnel et/ou culturel des auteurs</b>	<p><b>Jacqueline Pich</b>, infirmière diplômée et aspirante au doctorat, enseigne comme Maître assistante au Centre de recherches pour la formation des professionnels de santé de l'Université de Newcastle, à Callaghan, Nouvelle-Galles du Sud (NSW), Australie.</p> <p>Elle a été récompensée pour ses travaux sur les expériences de violence sur le lieu de travail, vécues par les infirmières de tri aux urgences.</p> <p><a href="http://www.newcastle.edu.au/research-centre/health-professional-education/Members-of-the-Centre.html">http://www.newcastle.edu.au/research-centre/health-professional-education/Members-of-the-Centre.html</a></p> <p>La recherche décrite dans l'article a été réalisée en vue de l'obtention d'un « Bachelor approfondi » (Bachelor <i>with Honours</i>, en 4 ans). En effet, en Australie, le bachelor est un programme en trois ans. Une quatrième année confère le titre de <i>Bachelor with Honours</i> (Hons I) ; ce titre, ou bien un Master of Science (M.Sc.), permet d'aspirer ensuite au doctorat (Ph.D.).</p> <p><b>J. Pitch a donc dû être supervisée dans sa recherche par :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Michael Hazelton</b>, Docteur en Sciences infirmières ; membre honoraire (<i>Fellow</i>) de l'<b>Australian College of Mental Health Nurses (d'où: «FACMHN»)</b> ; directeur de l'Ecole d'Infirmières et de Sages-femmes (<b>School of Nursing and Midwifery</b>) et professeur de Soins infirmiers en Santé mentale à l'Université de Newcastle (NSW). Hazelton mène des recherches aussi bien qualitatives que quantitatives ; il a publié de nombreux articles sur la santé mentale et les soins de santé mentale ; il est un consultant reconnu auprès de nombreuses instances gouvernementales australiennes.</li> <li>• <b>Deborah Sundin</b>, infirmière diplômée, puis sage-femme, certifiée en Soins intensifs ; D<sup>r</sup> en Sciences infirmières ; Privat docent à l'Université de Newcastle (NSW) ; puis depuis 2011, Maître de conférence à la School of Nursing, Midwifery and Postgraduate Medicine - Faculty of Computing and Health Science - Edith Cowan University, à Joondalup, Western Australia.</li> <li>• <b>Ashley Kable</b>, D<sup>r</sup> en Sciences infirmières, directrice-adjointe de l'Ecole d'Infirmières et de Sages-femmes (<b>School of Nursing and Midwifery</b>) et professeure associée à l'Université de Newcastle (NSW). Elle mène des recherches aussi bien qualitatives que quantitatives dans les domaines suivants : complications des</li> </ul>

	cas d'urgence chirurgicale et leurs facteurs prédictifs ; l'efficacité des services de santé ; la réduction des évènements indésirables dans les soins, qu'il s'agisse de complications chez les patients après leur sortie de l'hôpital, de refus de soins, ou d'agressions envers le personnel hospitalier.
<b>Objectifs/hypothèses/question de recherche</b>	<p><b>Objectif :</b> décrire les expériences d'un groupe d'infirmières de tri aux urgences, en lien avec leur travail auprès de patients violents, au cours du mois précédent.</p> <p><b>Hypothèse :</b> à l'échelle mondiale, la violence sur le lieu de travail a été identifiée comme une question professionnelle importante pour les infirmières. En effet, les infirmières exercent l'une des professions les plus à risque de violence liée au patient, en particulier les infirmières de tri des urgences, qui constituent une catégorie à haut risque de subir de la violence, à la fois verbale et physique. Il est peu probable que la violence liée au patient puisse être totalement éliminée. Cependant, elle pourrait être évitée, ou en tout cas plus efficacement gérée dans de nombreux cas.</p>
<b>Population et échantillon</b>	<p><b>Population :</b> les infirmières de tri des urgences somatiques d'un hôpital public de Nouvelle-Galles du Sud (NSW, Australia) qui accueillent plus de 5000 patients par mois.</p> <p><b>Echantillon : n = 6</b></p> <p>Soit 2 hommes et 4 femmes, entre 29 et 53 ans. Leurs années d'expérience professionnelle se situent entre 4 et 21 ans. 5 travaillent à temps plein, et 1 à temps partiel.</p> <p>Ils ont été recrutés selon la méthode de l'<i>échantillonnage raisonné (purposive sampling)</i>, c'est-à-dire un échantillonnage non probabiliste, dans lequel le chercheur utilise son jugement pour choisir les personnes à inclure dans l'échantillon (Babbie, 1995).</p> <p><b>Contexte environnemental de l'étude :</b> à l'arrivée aux urgences, les patients se présentent à l'infirmière de tri, qui est placée derrière une vitre. Une fois le patient « trié », elle procède à son admission, qui consiste à remplir des documents, avant d'escorter le patient, soit directement dans le service, soit à la salle d'attente. Les patients arrivant en ambulance ne passent pas par le guichet de tri, mais sont interrogés par les infirmières de tri sur leurs brancards. Il n'existe actuellement aucun système en place pour informer les patients des délais d'attente prévus et la réponse à cette question est laissée à l'appréciation des infirmières de tri – ceci afin de se prémunir contre les patients ayant besoin de soins qui quitteraient les urgences avant d'être vus, à cause de l'annonce d'une longue attente. Une infirmière clinicienne est chargée de surveiller la salle d'attente et de dispenser les premiers soins et l'information aux patients.</p>
<b>Concepts et/ou cadre théorique</b>	Pour les besoins de cette étude, <b>une définition précise de la violence</b> , adaptée de celle utilisée par Mayhew & Chappell (2005, p. 346), a été adoptée et communiquée aux participants, afin d'assurer une cohérence dans leur compréhension du concept de violence : il représente « tout incident où le personnel est maltraité, menacé ou agressé dans des circonstances

	<p>liées à son travail . . . impliquant un risque explicite ou implicite pour sa sécurité, son bien-être ou leur santé ". En outre, cette violence englobe " des déclarations menaçantes ou des comportements qui donnent un motif raisonnable au travailleur pour croire qu'ils sont à risques " (Lau et al., 2004, p. 28).</p> <p><b>L'analyse de contenu qualitative</b> selon Sandelowski (2000, p. 338) :</p> <p>L'analyse de contenu qualitative est une forme de processus dynamique d'analyse de données verbales ou visuelles qui est passée par la synthèse de l'information contenue dans ces données.</p> <p>Contrairement à l'analyse quantitative de contenu, dans laquelle le chercheur trie et catégorise systématiquement les données recueillies selon un codage préalablement établi, l'analyse de contenu qualitative dépend des données elles-mêmes : un codage y est, certes, également appliqué de façon systématique, mais on le laisse émerger des données elles-mêmes, selon les thèmes récurrents identifiés lors de la synthèse des données.</p> <p>La recherche qualitative se caractérise généralement par une collecte et une analyse simultanées des données, de sorte qu'elles se modifient l'une et l'autre.</p> <p>C'est donc un processus réflexif et interactif où les chercheurs adaptent en permanence le traitement des nouvelles données en fonction de leur compréhension des données précédentes.</p> <p>Même si les chercheurs ont commencé leur analyse de contenu qualitative avec un système de codage préexistant, ce système est toujours adapté au fur et à mesure de l'analyse, parfois même carrément abandonné au profit d'un nouveau système, mieux à même d'assurer un traitement optimal des données. (Cf. <i>La théorie ancrée</i>, aussi appelée <b>Grounded Theory</b>)</p> <p style="text-align: right;">(Traduction libre par Pirlet de l'article cité en référence)</p>
<p><b>Méthode et outils</b></p>	<p>Recherche qualitative et descriptive.</p> <p>Les données ont été recueillies d'août à septembre 2008, au moyen d'entretiens semi-structurés, enregistrés sur bandes magnétiques audio.</p> <p><b>L'analyse des données</b> : Pitch a retranscrit verbatim les cassettes audio, puis elle a analysé les transcriptions en utilisant l'analyse de contenu qualitative selon Sandelowski (2000), qui constitue pour cette équipe de recherche une stratégie de choix pour les études descriptives qualitatives.</p> <p><b>Rigueur</b> : les résultats ont été validés en vérifiant auprès des participants qu'ils les reconnaissaient comme une</p>

	<p>représentation fidèle de leurs récits.</p> <p><b>Considérations éthiques :</b> cette étude a été approuvée à la fois par les autorités sanitaires de la région où elle s'est déroulée et par le Comité d'Ethique pour la Recherche sur l'Être humain de l'Université de Newcastle.</p> <p>Lors de la collecte des données, les participants ont été avisés de ne pas nommer une tierce partie ou de ne révéler aucune information permettant son identification. Lors de leur transcription à partir des entretiens semi-structurés, les informations ont été anonymisées, afin de rendre impossible l'identification des participants à partir de leurs réponses, protégeant ainsi leur vie privée.</p> <p>Les auteurs déclarent qu'aucun conflit d'intérêt n'existe pour eux dans le cadre de cette étude.</p>
<p><b>Résultats principaux</b></p>	<p>Tous les participants ont déclaré avoir subi des épisodes de violence liée à des patients. Ces violences sont perçues comme inévitables et de plus en plus intenses et fréquentes. L'incidence des épisodes de violence signalés par les participants variait de 0 à 20 au cours du mois précédant l'entrevue, d'où une moyenne d'un épisode par jour de travail. Tous les participants ont été victimes de violence verbale, tandis que 4 sur 6 signalent avoir été victimes de violence à la fois verbale et physique.</p> <p><b>Les principaux facteurs déclenchant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les longs temps d'attente</li> <li>• les abus d'alcool ou d'autres substances intoxicantes</li> <li>• le manque de formation, le manque de débriefing formel à la suite des épisodes de violence et de la frustration par rapport au protocole des rapports d'incidents.</li> </ul> <p>Les participants ont la conviction que les infirmières sont davantage victimes de violence que les médecins, et que les patients arrêtent souvent leur comportement abusif lorsqu'un médecin arrive.</p> <p><u>La violence physique :</u> gifles, coups de pied donnés par les patients. Les participants ont déclaré être confrontés à des armes conventionnelles et opportunistes. Du matériel de bureau a été lancé sur des infirmières; <b>tout l'équipement hospitalier accessible peut devenir une arme.</b></p> <p><u>La violence verbale :</u> pour 5 participants sur 6, les <b>insultes</b> constituent le type le plus commun de la violence verbale. Viennent ensuite les comportements menaçants - rapportés par 4 participants; ils comprennent des menaces à la sécurité personnelle de l'infirmière, des menaces aux membres de la famille, <b>des menaces</b> de faire licencier l'infirmière, ainsi que des menaces plus vagues et moins spécifiques. Parmi les autres types de violence verbale, certains <b>haussent le ton, voire</b></p>

**crient, ou encore expriment** des exigences déraisonnables et des intimidations.

L'impact des comportements violents, aux niveaux personnel et professionnel : tous les participants ont exprimé des **sentiments de frustration et d'impuissance**. Les autres sentiments qui ressortent sont **la contrariété, le découragement**; le sentiment **d'être rabaissés** par ces incidents, ainsi qu'une **perte d'empathie** envers les patients. Les participants, y compris les hommes, disent avoir **peur pour leur sécurité**.

Antécédents et facteurs de risque : les participants font une distinction entre la violence intentionnelle et la violence non intentionnelle. Ils ont tendance à considérer cette dernière en termes moins péjoratifs : ces incidents sont davantage perçus comme de la résistance aux soins plutôt que comme des épisodes de violence liée au patient, par exemple lors d'épisodes impliquant des **patients atteints de démence ou des patients alcoolo-dépendants**. **L'intoxication alcoolique** est signalée comme ayant un impact significatif sur la probabilité que le patient devienne violent, tout comme **l'abus d'autres substances intoxicantes**, mais à un degré moindre; toutefois, les participants notent qu'il est souvent difficile de discriminer les différentes causes de la violence.

Les patients atteints de **troubles mentaux** sont identifiés comme un groupe à risque de comportements potentiellement violents, en particulier **les plus jeunes**. En outre, les participants estiment qu'ils **ne sont pas suffisamment préparés ou formés** pour traiter ces patients.

3 des 6 participants soulèvent la question de l'âge du patient, avec une croyance que **les patients plus jeunes sont plus susceptibles d'initier des comportements violents**.

Ils citent **les longs temps d'attente** comme étant le principal facteur déclenchant des épisodes de violence. Ceci est directement mis en lien avec l'augmentation du nombre de patients et le manque de lits dans le département des urgences, tout comme dans l'ensemble de l'hôpital. Les pics de violence des patients se situent **l'après-midi, fréquemment le week-end et pendant l'hiver**.

L'afflux aux urgences n'a fait que s'aggraver, en raison de la pénurie de médecins généralistes dans la région, en particulier ceux qui acceptent de pratiquer le système du tiers payant (*bulk billing\**). Ainsi est-il parfois nécessaire d'attendre 2 ou 3 semaines pour un rendez-vous chez un généraliste suite à un refroidissement.

Un sous-groupe, jusque-là non identifié dans la littérature, se distingue comme comptant parmi les personnes les plus violentes et agressives rencontrées par les infirmières de tri : il s'agit des parents avec de jeunes enfants, en particulier les mères. Les soignants ont le sentiment que ce mauvais exemple parental peut avoir des répercussions à l'avenir en ce qui concerne la génération suivante... d'ailleurs à leurs yeux, **les patients plus jeunes voient la santé comme un droit plutôt qu'un privilège; ils s'attendent donc, et exigent, d'être traités immédiatement**.

Les participants estiment que **les patients ne comprennent pas la façon dont on travaille dans un service d'urgence**, et en particulier au système de triage, si bien qu'ils ont **des attentes irréalistes au sujet du temps d'attente et du processus d'admission dans un service d'urgence**.

5 des 6 participants déclarent qu'il n'y a pas beaucoup de différence entre les patients masculins et féminins en termes de comportements violents. Ils relèvent en outre une tendance à **l'augmentation des comportements violents chez les femmes**.

Certains participants indiquent que les patients issus **d'un milieu socio-économique défavorisé** ont davantage tendance à se comporter violemment.

Des participants reconnaissent aussi que **certaines membres du personnel, en particulier, sont plus susceptibles d'éprouver de la violence** de la part des patients que d'autres : en l'occurrence, leur façon de répondre et leur ton de voix pourraient être interprétés par les patients comme étant « un peu grossier et condescendant ». Certains participants pensent que **les infirmières plus âgées, plus expérimentées, sont moins exposées aux incidents violents que leurs homologues plus jeunes**.

A contrecœur, tous les participants avouent un certain **fatalisme** en ce qui concerne la violence des patients dans leur vie professionnelle, mais ils estiment que des changements dans le système pourraient surmonter cet état de fait.

Stratégies de gestion des risques : *la politique de tolérance zéro*, définie par les autorités sanitaires de Nouvelle-Galles du Sud (NSW), exige que, dans le cas de tout épisode violent, des **mesures appropriées soient prises** pour protéger le personnel, les patients et les visiteurs. Dans ce contexte, les participants à l'étude considèrent que les stratégies des employeurs se sont concentrées sur la façon de réagir face aux comportements violents plutôt que sur leur **prévention**. Cela comprend la **présence d'agents de sécurité, de sonnettes d'alarme, ainsi que la conception des lieux de travail**. Néanmoins, cette dernière peut également être considérée comme une stratégie de prévention, par exemple en installant un verre de sécurité dans la zone de triage.

Parmi les 5 participants qui abordent la question de la **formation à la gestion de la violence**, 3 seulement en ont suivi une. Les 2 autres ne s'en sont jamais vu offrir, et l'un d'eux doute même de son existence. Aux 3 personnes formées, aucun cours de remise à niveau n'a été proposé, même si le temps écoulé depuis la formation varie de 18 mois, à « il y a de nombreuses années ».

Bien qu'on reconnaisse la nécessité de déclarer les épisodes violents, la réalité est toute autre et **la sous-déclaration est la norme**. Les principaux obstacles invoqués sont le manque de temps, le caractère non convivial de l'*Incident Information Management System* (système de rapport informatisé utilisé pour des incidents dans les hôpitaux publics de NSW) et la



	<p>fréquence élevée des épisodes violents.</p> <p>Les participants disent connaître <b>les signes avant-coureurs d'un comportement violent et être capables de les détecter</b> chez les patients potentiellement violents. On peut, dans ce cas, mettre en œuvre <b>des techniques de désescalade</b> pour les apaiser. Après un épisode de violence, la principale stratégie d'adaptation repose sur un <b>débriefing</b> informel et improvisé avec les autres membres du personnel présents; aucun débriefing formalisé n'a jamais été proposé, même si les participants estiment qu'ils devraient pouvoir en bénéficier.</p>
<p><b>Discussion</b></p>	<p>Une étude australienne sur les infirmières des urgences relève que le couteau est l'arme la plus fréquemment rencontrée dans ce milieu de travail, suivi par les armes opportunistes telles que les équipements de l'hôpital, y compris les seringues et les meubles (Lyneham, 2000).</p> <p>La violence physique coexiste souvent avec la violence verbale et, dans certains cas, cette dernière peut être un signal d'avertissement d'une violence physique imminente (Lau et al., 2004).</p> <p>Les participants ont parlé des nombreux effets négatifs, importants et durables, après une exposition à la violence des patients dans ce milieu de travail (Fernandes et al., 1999). Même en l'absence de blessure, le personnel peut éprouver des réactions modérées à sévères, de 6 mois à un an après un épisode de violence lié aux patients, ce qui se répercute sur leur santé et leur qualité de vie (Gerberich et al., 2004). Cet impact des comportements violents affecte non seulement les infirmières, mais aussi les patients dans leur avenir dans les soins, puisque les infirmières sont alors enclines à considérer les patients comme ingrats ou indignes de soins (Arnetz &amp; Arnetz, 2001).</p> <p>La violence aux urgences se distingue des autres types de violence en ce que les auteurs n'ont pas de « position dominante manifeste ou un statut de pouvoir » et, parce que dans cet environnement thérapeutique où les soins sont l'objectif principal, les victimes sont prêtes à excuser ce type de comportement dans de nombreux cas et à ne pas engager de poursuites judiciaires (Kennedy, 2005, p. 362).</p> <p>On a émis l'hypothèse que les facteurs qui contribuent à la violence des patients reflètent des changements dans notre société et, plus particulièrement, dans les dispositifs de santé mentale (Benveniste et al., 2005). La désinstitutionnalisation des malades mentaux dans la dernière décennie a fait connaître une hausse des consultations de la santé mentale aux urgences des hôpitaux publics (Benveniste et al., 2005).</p> <p>La politique de santé de la NSW exige que tous les services de santé mettent en place un programme de prévention de la violence qui se concentre sur l'élimination ou la diminution des comportements violents en milieu hospitalier. La clé de cette approche est l'exigence que le personnel soit formé de façon appropriée et qu'il dispose d'un équipement pour faire face efficacement à des épisodes de violence (NSW Health, 2005). Il a été démontré dans la littérature que l'identification précoce des indices comportementaux prédictifs de violence facilite la mise en œuvre de stratégies préventives de</p>

désescalade, afin d'éviter que des épisodes de violence n'adviennent véritablement (Sands, 2007). Fluttert et al. (2008) avancent l'idée que le comportement du patient dégénère jusqu'à la violence selon un processus prévisible, et que cette «signature» peut être recherchée pour prédire les futurs épisodes de violence. Ces comportements types ont été baptisés «STAMP» par Luck et al. (2007); ils comprennent un regard fixe qui cherche le contact visuel, un ton et un volume de voix appuyés, des manifestations d'anxiété, des marmonnements et de l'agitation physique.

Certains participants à l'étude ont expliqué qu'ils ont appris sur le tas à interpréter les signes de violence imminente chez les patients. Lors de la formation des infirmières de tri, la reconnaissance de ces signes devrait donc faire partie de l'acquisition des compétences d'évaluation clinique des patients accueillis aux urgences.

La littérature met en évidence une disparité entre les taux de déclarations officiels et les taux d'auto-déclarations (Maguire et Ryan, 2007). Les chiffres australiens démontrent que la majorité des infirmières signalent rarement, voire jamais, les épisodes violents dont elles ont été victimes (Lyneham, 2000). Cette « culture du silence » en ce qui concerne les rapports d'épisodes violents a été baptisée « le chiffre noir » de la sous-déclaration (Dragon, 2006). On a suggéré que c'est là le résultat d'une accoutumance, d'une banalisation de la violence en milieu de travail (Erickson et Williams - Evans, 2000). Ce point est important car il occulte le vrai niveau de violence aux urgences et entrave le développement d'une politique adaptée (Dragon, 2006). Garling (2008, p. 26) propose « une culture juste » (*A Just Culture\*\**) comme politique à suivre pour répondre à ces problèmes systémiques.

Une politique de tolérance zéro a été adoptée par le National Health Service, au Royaume-Uni, où le personnel a le pouvoir d'imposer des sanctions aux responsables d'incidents violents (Paniagua et al., 2009). Cependant, à ce jour il existe peu de preuves qui suggèrent que cette approche a été couronnée de succès, soit en rendant la violence faite aux infirmières moins acceptable aux yeux du public (Paterson et al., 2008), soit en réduisant la prévalence de la violence dans les établissements de santé (Paniagua et al., 2009).

**Limites de l'étude :** les résultats de cette recherche, qui s'est déroulée sur un seul site hospitalier, ne sont pas généralisables à d'autres services d'urgence. La petite taille de l'échantillon, réduit à 6 sujets, constitue aussi une limite mais elle était appropriée dans le cadre d'une thèse de bachelor avec spécialisation, et à l'utilisation d'une méthodologie qualitative descriptive.

Le devis de recherche présentait un biais car il reposait sur la capacité plus ou moins bonne des participants à se remémorer des expériences passées de violence liée aux patients sur leur lieu de travail (Schneider et al., 2004). Dans le but de réduire ce biais au minimum, les participants ont dû se rappeler seulement des incidents advenus au cours de leurs derniers quarts de travail, pendant le dernier mois écoulé.

<p><b>Conclusion de l'article</b></p>	<p>La violence aux urgences, et plus particulièrement au triage, est une réalité à laquelle les infirmières modernes sont confrontées dans leur vie professionnelle de tous les jours. Le débat est ouvert quant à savoir si cette tendance croissante à la violence est propre au système de santé, ou bien reflète une tendance similaire dans la société. Alors que les problèmes du dispositif d'urgence, comme les temps d'attente trop longs ou la surpopulation, sont souvent cités comme facteurs contributifs, il semble y avoir un manque d'engagement de la part des employeurs, d'une part à reconnaître l'ampleur et de la gravité de la question et, d'autre part, à adopter des stratégies de prévention et de soutien pour gérer ce problème et fournir un environnement de travail sûr au personnel infirmier. Une discordance apparaît entre la formulation de politiques générales visant à préparer le personnel à faire face à la violence et leur mise en œuvre concrète au niveau de chaque site hospitalier pris individuellement. On a mis l'accent sur les réactions immédiates à avoir devant un épisode violent - comme appeler des agents de sécurité ou déclencher une alarme - alors qu'on a accordé peu d'attention à la prévention ou à la gestion à long terme de ce type d'incidents.</p>
<p><b>Notre point de vue critique sur l'article</b></p>	<p>Les aspects éthiques de la recherche semblent garantis : anonymat, volontariat et information.</p> <p>Il a été demandé l'avis de Madame Pott Muriel, professeure à HESAV, au sein de l'Unité de Recherche en Santé, concernant la taille de l'échantillon de cette étude. Selon elle, la taille de l'échantillon est tout à fait recevable si les auteurs sont des experts de leur domaine, ce qui semble être le cas.</p> <p>Les auteurs mettent en avant que l'hôpital public de Nouvelle-Galle du Sud, lieu de l'étude, accueille 5'000 patients par mois, donc 60'000 patients par an. A titre de comparaison, le CHUV a admis 36'694 patients en 2011.</p> <p>Les résultats sont détaillés, catégorisés et rejoignent ceux que l'on trouve dans la littérature. Ils concordent avec les concepts de références.</p> <p>La discussion des résultats est approfondie ; chaque résultat est repris dans la discussion et est renforcé par d'autres sources scientifiques.</p> <p>La conclusion initie une réflexion de nature plus sociologique.</p> <p>Cet article a été publié dans l'International Emergency Nursing, qui semble être une bonne revue.</p> <p>Toutefois, il est important de préciser que les auteurs n'ont pas été jusqu'à la saturation des données.</p>
<p><b>Apport de l'article à notre questionnement</b></p>	<p>Malgré le fait que cette étude a été réalisée en Australie, elle a suscité notre intérêt car nous avons pu constater un grand nombre de similitudes avec des éléments de notre problématique, ainsi qu'avec les propos recueillis auprès de l'équipe des Urgences d'un hôpital de notre région, lors de notre visite sur le terrain. Nous avons choisi d'exposer, dans notre grille, certains concepts s'appliquant en Nouvelle-Galle du Sud, mis en lumière dans cet article, comme par exemples le concept de tolérance zéro ou celui de la « culture juste », car ils permettent de s'interroger sur ce qu'il faudrait ou ne faudrait pas faire en Suisse.</p> <p>De plus, cet article nous permet d'appuyer le fait que notre sujet traite d'un problème pour la pratique infirmière et nous</p>

	indique quelques pistes de solutions pour pouvoir améliorer cette problématique.
--	----------------------------------------------------------------------------------

\* *bulk billing* = Facturation globale. C'est une option de paiement en vertu du régime d'assurance maladie de la Couverture Médicale Universelle en Australie : Le dispensateur de soins de santé, habituellement un médecin, se fait payer directement par le gouvernement à 85% de l'honoraire de référence, en facturant les soins via une carte électronique d'assurance maladie. Le fournisseur de soins ne reçoit certes que 85% du prix, mais il s'évite ainsi les coûts de la facturation à 100 % payables par le patient, et les risques d'un éventuel recouvrement de créances. Cela correspond approximativement au système connu en Europe comme le système du *tiers payant*.

\*\* A Just Culture : *une culture juste* repose sur : une série de convictions:

- Conviction que les professionnels peuvent se tromper
- Conviction que même les professionnels peuvent développer des normes nuisibles à la santé
- Une intolérance féroce envers toute conduite imprudente

Une série de devoirs:

- Lever la main pour dire "J'ai fait une erreur"
- Lever les bras quand on identifie un risque
- Résister à l'augmentation des conduites à risques
- Participer à une culture de l'apprentissage
- Éviter absolument toute conduite imprudente

(Marx, 2004)

## 6.8 Rapport annuel 2012, Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS)

<b>Références bibliographiques</b>	Ministère des affaires sociales et de la santé, (2012). <i>Rapport annuel 2012, observatoire national des violences en milieu de santé</i> . Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé.
<b>Contexte professionnel et/ou culturel des auteurs</b>	L'observatoire national des violences (ONVS) a été créé en 2005 par le Ministère des affaires sociales et de la santé. Il s'inscrit dans une politique de prévention de la violence dans les hôpitaux. Le Ministère des affaires sociales et de la santé, actuellement dirigé par Marisol Touraine (à l'heure de la rédaction de ce texte), administre et gère le système de santé et le système social de la République Française. Il est divisé en de nombreuses directions et agences, dont la direction générale de l'offre en soins, organisme supervisant l'ONVS. La direction générale de l'offre en soins administre les hôpitaux et centres de soins médico-sociaux publics et le personnel y travaillant. Il gère aussi les centres de formations du personnel soignant et les diplômés d'Etat de ce type de personnel.
<b>Objectifs/hypothèses/question de recherche</b>	<b>Objectif :</b> recenser annuellement, au niveau national, les actes de violence, afin de pouvoir les utiliser dans un but : <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'établissement de procédures,</li> <li>• d'amélioration de la qualité des soins,</li> </ul> de mesure de l'impact de la violence sur les établissements de santé et leur personnel.
<b>Population et échantillon</b>	<b>Population :</b> tous les établissements de santé français susceptibles de déclarer des événements de violence ayant lieu dans leurs structures. <b>Echantillon :</b> <b>n= 352 établissements sanitaires et médico-sociaux</b> qui, ensemble, sur base du <b>volontariat</b> , ont procédé en 2012 à 11344 signalements d'atteinte aux biens et aux personnes. 12 % des établissements sanitaires (publics et privés) ont ainsi signalé des actes de violence sur la plate-forme de l'ONVS. La majorité des établissements participants sont publiques : seuls 10 % des établissements de santé privés, à but lucratif ou non, ont participé, soit 90 établissements; ils ont procédé à 627 signalements.
<b>Concepts et/ou cadre théorique</b>	Dans cette étude, il n'y a pas de concept ou de cadre théorique permettant d'orienter la lecture des résultats.
<b>Méthode et outils</b>	Le rapport de l'ONVS s'appuie sur une <b>démarche quantitative relevant de l'épidémiologie (statistiques sur un grand nombre de données)</b> . Cette démarche de recherche repose sur l'utilisation d'une <b>plate-forme de déclaration en ligne</b> : par le biais d'une application unique, il est ainsi possible de recenser les atteintes et de centraliser les événements de violence. La consultation des données peut ensuite s'effectuer à trois niveaux (local pour l'établissement concerné, régional pour l'agence régionale de santé et enfin national pour l'ONVS)

Les faits de violence sont séparés en deux groupes distincts : **les atteintes aux personnes et les atteintes aux biens**. Par la suite, une échelle de classification, calquée sur le code pénal, permet de qualifier l'acte de violence :

	<b>Atteintes aux personnes</b>	<b>Atteintes aux biens</b>
Niveau 1	Injures, insultes, provocations	Dégradation légère, vol sans effraction
Niveau 2	Menace d'atteinte physique, consommation de drogues ou alcool dans l'hôpital.	Vol avec effraction
Niveau 3	Violences physiques (crachats, coups), agression sexuelle	Destruction de matériel de valeur, incendie volontaire, vol avec arme
Niveau 4	Violence qualifiée de crime (homicide, enlèvement, séquestration...), viol	–

### Résultats principaux

**Atteintes aux personnes** : 8083, soit **71%** des signalements  
**Atteintes aux biens** : 3244, soit **29%** des signalements

Les auteurs observent que les atteintes aux personnes sont plus facilement dénoncées pour les raisons qu'elles sont souvent mal vécues par le personnel. Ils pensent que, **ce faisant**, « **les victimes désirent également alerter sur leurs conditions de travail et la dégradation des relations patients/soignants** » (p.7).

Ils mettent en évidence que toutes atteintes confondues, les services les plus concernés par la violence sont

- **la psychiatrie : 25%, en diminution ou stabilisation depuis 2010,**
- **les urgences : 14%, stable**
- **la gériatrie : 10%, en augmentation**

Dans ces trois contextes de soins, les atteintes aux personnes sont prédominantes, soit par des violences verbales et/ou physiques.

Les **atteintes aux personnes** sont classées selon l'échelle de gravité :

- 51% sont des atteintes de niveau 3 (4110 signalements de violence physique)
- 28% de niveau 1 (2283 signalements d'injures, insultes)
- 20% de niveau 2 (menaces d'atteinte physique).
- 1% de niveau 4 (67 signalements de crimes au sens pénal)

Certains services sont principalement le lieu d'**agressions verbales** qui pourraient déboucher sur une escalade de violence et conduire à des coups. Les services de **pédiatrie** et des **urgences** sont principalement cités. Les auteurs mettent en avant

les conditions d'accueil, les attentes, le manque de personnel, des services surchargés, une communication insuffisante. Quelquefois, les auteurs de violences ont pour seul mode d'expression l'agressivité. L'étude précise que **la consommation d'alcool et/ou de stupéfiants facilite les passages à l'acte.**

Les agressions avec une arme sont encore très marginales (1% des cas). En 2012, 13 signalements ont fait état de l'utilisation d'une arme, pour la moitié des cas prise directement dans le service (bistouri, canne, chaise matériel de soins...). Les agressions sexuelles représentent aussi 1% des cas. « Dans 8 cas sur 10, ces faits ont lieu entre patients.» (p.13)

Concernant **les atteintes aux biens**, 87% des cas sont de niveau 1. La majorité concerne des vols sans effraction, par manque de vigilance collective dans les bureaux de soins, les vestiaires et les véhicules. Les dégradations sont souvent causées par les « patients ou leurs accompagnants énervés ou agressifs, qui brisent des portes, des vitres ou cassent des équipements.» (p.16)

**Concernant la typologie des victimes**, les femmes sont majoritairement représentées, mais l'ONVS précise qu'il faut tenir compte du nombre important de personnel féminin dans les équipes de soins. 84 % des victimes font partie du personnel et 10 % sont des patients. Parmi les victimes issues du personnel, 95 % appartiennent au personnel de santé. Parmi ce personnel de santé "victime", 92 % appartiennent au personnel soignant, dont beaucoup d'infirmières, et 8 % relèvent du personnel médical.

**Quant aux auteurs d'agressions**, ils font partie :

- des patients, dans 78 % des cas,
- des visiteurs, pour 13 %,
- du personnel hospitalier, pour 4 %.

Quand on recense **les motifs avancés aux actes de violences**, il s'agit de reproches relatifs à la prise en charge des patients dans 1/4 des cas (1778 signalements). La consommation d'alcool et/ou de stupéfiant est la 2<sup>e</sup> cause de violences invoquée (7 %, 465 cas); la longueur du temps d'attente arrive en 3<sup>e</sup> place (5%, 360 signalements).

**Dans les services d'urgence** - « lieu de passage, d'accueil permanent et ouvert à toutes les souffrances, crises, stress et frustrations, il est logique qu'un nombre important de déclarations émanent de ces services.» (p.19) - les agressions quotidiennes, de jour comme de nuit, sont le plus souvent verbales (74%), et parfois physiques (26%). Si le personnel en est la principale victime, le patient n'est pas toujours pour autant l'agresseur : les accompagnants ou les intrus sont aussi souvent nommés. Et **parmi les raisons** qui conduisent à la violence, on cite :

- le temps d'attente

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'incompréhension sur les priorités</li> <li>• la prise en charge de patients à risque (éthylisme, toxicomanie...)</li> <li>• l'architecture inadaptée des lieux</li> <li>• les installations défectueuses (toilettes, distributeurs)</li> </ul> <p>Pour la gestion des événements de violences, l'ONVS met en avant <b>les formations professionnelles en lien avec la gestion de patients agités</b> comme un outil s'avérant très utile pour faire face aux faits de violences.</p> <p>Un chapitre est consacré aux poursuites engagées en cas de faits de violences. En 2012, 1818 cas ont donné lieu à un dépôt de plainte, et 260 cas à une main-courante. Dans 8 cas sur 10, les victimes n'ont pas engagé de poursuites judiciaires et, finalement, on dénombre 24 condamnations à des peines de prison, 8 amendes et 19 rappels à la loi. Les auteurs relèvent que ces démarches judiciaires permettent aux victimes de se sentir entendues dans leur souffrance, et aussi de limiter la perception d'une impunité des auteurs de violences à l'hôpital.</p>
<p>Autres informations notables :</p> <p><b>Projets et procédures existants</b></p>	<p>L'ONVS insiste sur l'importance de la promotion des mesures de prévention de la violence. Plusieurs centres hospitaliers (CH) et centres hospitaliers universitaires (CHU) ont élaboré des projets ou mis en place diverses actions dans ce but de prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'Hôpital Robert-Debré (75), qui est l'un des services d'urgences pédiatriques les plus actifs de France, est resté stable dans ses déclarations d'incidents de violence. Il semblerait que le faible taux de violence dans cet hôpital soit lié aux diverses mesures qu'il a mises en place pour prévenir l'agressivité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- démarche volontariste de <b>respect des personnes</b> : saluer et sourire à chaque personne dans les couloirs, se présenter, personnaliser les entretiens et adapter la communication, même face aux patients ne parlant pas le français;</li> <li>- <b>division des flux de patients</b> entre les urgences prioritaires et les consultations sans rendez-vous et non urgentes.</li> <li>- présence d'un <b>agent de sécurité</b> entre 10h et minuit;</li> <li>- dépôt d'une <b>main-courante</b> au poste de police pour la plupart des agressions ... Dans les cas plus graves, le <b>rappel au règlement et à la loi</b> est effectué par les officiers de police judiciaire qui convoquent l'auteur au commissariat.</li> </ul> </li> <li>• l'Hôpital de la Timone à Marseille (13) a mis en place diverses actions de prévention : <ul style="list-style-type: none"> <li>- une médiatrice et un agent de sécurité à l'accueil des urgences;</li> <li>- un groupe d'accueil, de jour et de nuit, pour la réanimation pédiatrique, qui encadre et soutient les parents;</li> <li>- les incidents de violences font systématiquement office d'un dépôt de plainte;</li> <li>- le personnel victime est suivi par la médecine du travail;</li> <li>- des formations pour la gestion du stress et de l'agressivité.</li> </ul> </li> <li>• le CHU de Nîmes (30) propose une <b>formation au plus près du terrain</b>, qui permet d'apprendre à maîtriser les</li> </ul>



	<p>patients agressifs tout en respectant les critères déontologiques. Depuis 3 ans, il organise des <b>journées anti-malveillance</b> avec points d'information et conférences, pour le personnel et les patients, sur des thèmes liés à la violence.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le CHU de Rouen (76) a mis sur pied des actions de prévention contre l'épuisement professionnel, l'insécurité et la violence. Il a renforcé sa collaboration avec les services de police;</li> <li>• le CH de Niort (79) propose un <b>questionnaire de satisfaction</b> à son personnel tous les 4 ans. Lors de la dernière évaluation, il a été démontré une aggravation du sentiment d'insécurité des soignants. Les principales causes semblent être la surcharge de travail et l'augmentation de l'agressivité des patients et leurs proches;</li> <li>• le CH de Montluçon (03) propose un projet consistant au <b>suivi des équipes</b> et au suivi trimestriel du <b>personnel victime de violences</b>;</li> <li>• l'Hôpital de Pédiatrie de Bullion (78) organise des <b>groupes de parole</b>; il a formulé des <b>procédures en cas d'incident</b> de violence et propose des <b>formations pour faire face aux patients agressifs</b>.</li> </ul> <p>L'ONVS, en association avec d'autres organismes, a élaboré des « <b>fiches réflexes</b> » pour accompagner les victimes de violences. Ces fiches sont destinées soit au personnel soignant, soit au cadre de santé concerné ou au patient victime. Elles contiennent une définition de la violence, la procédure à mettre en place, les suites envisageables, ainsi qu'un rappel du cadre juridique.</p>
<b>Conclusion de l'article</b>	<p>L'ONVS rappelle « que la violence, même si elle est inhérente à la société, n'est pas une fatalité. » (p.29)  Il précise que la qualification d'un acte de violence n'est pas tâche facile. De nombreux déterminants et les différentes représentations personnelles de chacun des « témoins » de ces actes rendent l'analyse difficile. Malgré tout, l'ONVS insiste sur l'importance de <b>développer des mesures permettant d'anticiper et de gérer les situations de violence</b>.</p>
<b>Notre point de vue critique sur l'article</b>	<p>Cette étude récente et rigoureuse d'un échantillon représentatif du terrain, menée dans un pays limitrophe à la Suisse, brosse un tableau précis et synthétique de la violence au sein de l'hôpital.</p>
<b>Apport de l'article à notre questionnement</b>	<p>Cet article répond en tous points à notre question de recherche. Tout d'abord, il apporte des données chiffrées qui permettent d'appuyer notre problématique, puis il décrit de nombreuses mesures mises en place et qui répondent à notre questionnement. Il nous suggère des mesures concrètes, déjà existantes dans certains centres hospitaliers français, et qu'il est possible d'appliquer aussi dans un service de soins d'urgence en Suisse.</p>

## **7. Résultats**

La synthèse des résultats a été élaborée en regard des trois concepts principaux du modèle conceptuel de King. Divers sous-chapitres ont été élaborés afin de structurer et classer les différents résultats extraits des articles.

### **7.1. Le système personnel**

#### **7.1.1 Caractéristiques, causes et facteurs favorisant l'agitation**

Divers articles précisent que le patient type qui arrive agité aux urgences est souvent un homme jeune. Bien souvent, il présente des antécédents de violence ou psychiatriques. Il provient d'un milieu socio-économique bas. Plusieurs articles mettent en évidence l'alcool et/ou la poly toxicomanie comme causes principales de l'agitation. Il a été relevé que le long temps d'attente avant la prise en charge ou les attentes du patient face à sa prise en charge sont des éléments pouvant conduire à de l'agitation. Les états d'agitations prédominent la nuit et les week-ends. Divers éléments favorisant les états d'agitation ont été mis en avant, tels que « l'effet de groupe » ou les sentiments négatifs ressentis par le patient (impuissance, désespoir et humiliation).

Un seul article fait état d'une augmentation du nombre de jeunes mères présentant un état d'agitation. En lien, il a été relevé dans une autre publication que les services de pédiatrie sont souvent cités comme lieu où existe de la violence verbale pouvant mener à des coups.

#### **7.1.2 Les indicateurs prédictifs de l'agitation**

Divers auteurs s'entendent à dire qu'il est important de mettre l'accent sur la prévention des états d'agitation. Pour ce faire, plusieurs publications apportent des indicateurs précis et observables, qui permettent à l'infirmière d'identifier un patient susceptible d'entrer en état d'agitation. Le refus de s'asseoir ou de rester en place, le changement brutal d'activité, la modification de la voix ou la profanation de menaces doivent alerter les soignants d'un risque d'escalade d'agressivité.

#### **7.1.3 Caractéristiques des victimes de l'agitation**

Les infirmières novices et de sexe féminin sont souvent citées comme étant les principales victimes des patients agités. Cependant, certains auteurs précisent que les équipes de soins sont majoritairement composées de femmes ; ils recommandent donc d'interpréter ce résultat avec prudence.

Il a été relevé que peu d'infirmières victimes d'agression dénoncent ce phénomène à leur équipe ou leur supérieur car elles pensent qu'il s'agit d'une normalité en lien avec leur profession ou qu'aucune mesure de protection ne sera prise par la suite.

## **7.2. Le système interpersonnel**

### **7.2.1 Les interventions infirmières préconisées face à un patient agité**

Dans l'idéal, la prévention des états d'agitation par l'identification des signes cliniques prédictifs devrait être de première intention lors de la prise en charge de patients à risque.

Lorsqu'il n'a pas été possible d'anticiper l'agitation, l'intervention infirmière de premier choix est, pour la majorité des auteurs, l'approche relationnelle.

A la lumière de la lecture des articles, l'approche relationnelle comporte diverses techniques de communication et diverses attitudes que le soignant peut utiliser dans le but d'éviter une escalade de violence.

Au niveau de la communication verbale, les auteurs conseillent d'adopter un ton de voix clair et calme, avec une vitesse d'expression inférieure à celle du patient. Cette stratégie de « talk down » devrait s'accompagner de postures en adéquation avec l'expression verbale du soignant. Ainsi, il est conseillé de se mettre à la même hauteur que le patient, assis face à lui s'il est assis ou debout à ses côtés s'il se tient debout. Les auteurs précisent qu'il ne faut jamais tourner le dos à un patient agité, ou le surprendre en arrivant par l'arrière. Lors des interactions avec le patient, l'infirmier devrait utiliser des phrases courtes et éviter de donner plusieurs informations en même temps. Le soignant doit pouvoir offrir un choix au patient et éviter des propos et attitudes pouvant être interprétées comme de la provocation et de la confrontation.

La seconde stratégie relationnelle pouvant désamorcer un patient potentiellement agité est la gestion des émotions. Elle consiste en la validation des ressentis du patient, en évitant de trouver une explication logique et rationnelle à ce qu'il vit.

Selon divers articles, l'utilisation de techniques relationnelles devrait s'accompagner d'autres mesures, comme un cadre clairement défini où l'infirmier rappelle au patient que son comportement est inacceptable et lui explique pourquoi.

Divers auteurs font mention qu'un seul soignant devrait être attribué au patient agité mais que, si le lien venait à se rompre ou s'il ne se faisait pas, il ne faut pas hésiter à changer de professionnel. L'infirmier devrait éviter de s'isoler avec le patient, toujours garder une porte de sortie et respecter une

distance physique de 1 à 2 mètres lors d'échanges. Il se doit de ne pas entrer dans un box avec des objets tranchants et éviter de stocker du matériel pouvant servir d'arme à la portée du patient.

Au-delà de l'approche relationnelle comme rôle infirmier autonome, le soignant se doit d'exclure une cause organique à l'agitation, par la prise des signes vitaux, du Glasgow et l'évaluation de la glycémie.

A la lecture des articles, plusieurs auteurs précisent que d'autres interventions médico-déléguées peuvent être utilisées si l'approche relationnelle a échoué. Il s'agit de la contention physique et médicamenteuse.

### **7.3. Le système social**

#### **7.3.1 Le travail d'équipe**

Les auteurs s'entendent à dire que la prise en charge d'un patient agité est une collaboration interdisciplinaire. De ce fait, ils précisent qu'il est important que les membres de l'équipe aient de bonnes relations de travail. Une mauvaise ambiance de travail et un manque de soutien entre les membres de l'équipe auront des effets délétères sur la prise en charge des patients.

Les membres de l'équipe les plus expérimentés devraient prendre en charge les patients agités, afin de permettre aux novices d'observer et de se former à ce type de situation.

Les auteurs conseillent aux équipes de mettre en place diverses stratégies pour assurer la sécurité de leurs membres. Par exemple, un code signifiant au reste de l'équipe qu'un de ses membres est en difficulté et qu'il a besoin de renfort ou qu'il faut appeler les forces de l'ordre.

Dans le but de préserver l'équipe de soins, les auteurs proposent la mise en place de débriefings à la suite de situations de violence. L'appel à un spécialiste tel qu'un psychiatre est conseillé.

#### **7.3.2 Aspects environnementaux**

La majorité des articles mettent en évidence l'importance du soutien de la hiérarchie. La reconnaissance, par les managers, de ce que vivent les équipes de soins est primordiale à la prise en charge des patients dans les services d'urgences. Ce soutien peut se traduire par diverses actions, telles qu'une dotation en personnel suffisante, les rappels à la loi par les responsables du service et la dénonciation des actes d'extrême violence aux autorités compétentes.

Tous les auteurs s'entendent pour dire que la formation du personnel soignant est un élément clé à la réussite des prises en charge de patients agités. Ainsi, l'institution devrait offrir la possibilité à chaque membre d'avoir accès à la formation continue.

L'architecture des services d'urgences joue un rôle important quant aux risques d'escalade d'agressivité. Des locaux exigus, non aérés et des installations non fonctionnelles peuvent provoquer de l'agitation chez un patient à risque. A cela peut s'ajouter un long temps d'attente et une incompréhension quant au fonctionnement d'un service d'urgences.

La mise en place de boutons d'alarme, de caméras de sécurité et la présence d'agents de sécurité sont des options proposées dans divers articles.

## **8. Discussion**

### **Sur les résultats des articles**

L'analyse des articles met en évidence des résultats identiques et propose, pour la plupart, les mêmes recommandations. Ces observations permettent de valider la fiabilité et la pertinence des données recueillies. La majorité des publications utilisées pour cette revue de littérature ont été réalisées ces dernières années et permettent ainsi d'avoir des données actuelles et confirmant la problématique de l'agitation aux urgences. Les résultats apportent des informations concrètes et tout à fait transférables dans la pratique.

### **Perceptives et importance pour la pratique**

La réalisation de cette revue de littérature permet de proposer des solutions concrètes à la problématique de l'agitation dans un service d'urgences. A la question posée concernant les interventions infirmières les plus efficaces pour diminuer l'agitation, il est possible de répondre par différentes recommandations.

Richmond et al. (2012), ont élaboré *des Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation* qui reprennent avec exactitude les résultats obtenus à la lecture des articles. Toutes ces données recommandent, en première intention, d'utiliser l'approche relationnelle pour prévenir ou diminuer l'agitation. L'entretien avec les membres d'une équipe d'un service d'urgences de la région corrobore cette information ; il semble que les professionnels de santé sont sensibles à l'importance de prévenir l'agitation et à l'utilisation des techniques de communication.

Un autre point essentiel à la gestion de l'agitation est la formation du personnel infirmier. La HES SO (Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale) propose un DAS (Diploma of Advanced Studies) en soins d'urgence, soins aigus qui offre la possibilité de se former à la gestion de crise. Il existe aussi d'autres formations continues données par la HES SO telles qu'un CAS (Certificate of Advanced Studies) /DAS en médiation de conflits ou une spécialisation en soins psychiatriques.

Une dotation suffisante en personnel infirmier formé semble être un élément important pour permettre une meilleure prise en charge des patients agités et assurer la sécurité des membres de l'équipe de soins et des autres malades.

L'équipe des urgences rencontrée en interview fait mention d'une reconnaissance peu marquée par leur hiérarchie lorsqu'elle vit des situations de crise face à un patient agressif. Plusieurs articles analysés corroborent cette information. Peu d'infirmiers osent déclarer les incidents de violence à leur supérieur de peur de ne pas être entendu, de voir le fait être banalisé ou de savoir qu'aucune mesure ne sera prise. Le manque de reconnaissance du vécu des soignants peut avoir de graves conséquences sur leur santé. Molenda (2010), précise « qu'un manque de soutien social, tant de la part de ses pairs que de celle de ses supérieurs, augmente la probabilité de développer un syndrome de burn-out » (p.44).

### **Limites de la revue de littérature**

La réalisation de cette revue apporte des résultats pertinents, actuels et fiables pour la pratique infirmière. Toutefois, les données obtenues ne peuvent être généralisées, vu le nombre limité d'articles analysés. Le manque d'expérience des auteures dans les recherches scientifiques et l'utilisation des bases de données est une limite dans la réalisation de cette revue. De plus, leur niveau d'anglais ne leur a pas permis de cerner toutes les subtilités des articles publiés dans cette langue.

Lors de la recherche documentaire, le terme *agitation* a apporté peu de résultats probants, offrant plutôt des articles utilisant les termes *violence* et *agressivité*. Cette situation a demandé aux auteures de clarifier leur concept de l'agitation et d'apporter de nouvelles définitions.

## **9. Conclusion**

Cette revue de littérature a été réalisée dans le but de répondre de manière concrète à un phénomène de société de plus en plus observé dans les services d'urgences. L'agitation à l'encontre des soignants n'est pas une fatalité, il existe plusieurs stratégies pour prévenir ou diminuer cette problématique.

Les services d'urgences sont les miroirs de la société actuelle, de plus en plus de patients considèrent les soins comme « un bien de consommation » et leurs attentes envers le personnel soignant s'en voient modifiées. Les infirmiers d'aujourd'hui et de demain se voient donc obligés d'adapter leurs interventions en regard des nouveaux besoins des patients. Il est nécessaire pour l'infirmier de disposer de compétences et d'expertise en communication et en relations interpersonnelles dans le but d'améliorer la qualité des soins et d'assurer la sécurité de tous ses bénéficiaires. La réalisation de cette

revue a permis aux auteures d'appréhender un questionnement actuel et inscrit dans la réalité des soins. Ce travail leur a permis d'acquérir des compétences spécifiques à la prise en charge des patients agités et de pouvoir développer des habilités en lien avec la communication et l'approche relationnelle.

## 10. Liste des références bibliographiques

- Bourdinaud, V. & Pochard, F. (2003). Enquête sur la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'accueil et d'urgences en France. *L'Encéphale*, 29, 2. Issy-les-Moulineaux (F): Elsevier Masson. p. 89-98.
- Camerino, D., Estryng-Behar, M., Conway, P.M. & al. (2007). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 2007, p. 35-50.
- Carrasco, V. (2005). Les usagers des urgences. *ADSP-Actualité et dossier en santé publique*, n°52: *Urgences & demandes de soins en urgence : quelle prise en charge ?* Paris: Le Haut Conseil de la santé publique, septembre 2005. Accès <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/ad521822.pdf> [consulté le 17 déc. 2013]
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. (2014). *Service des urgences*. Accès [http://www.chuv.ch/urgences/urg\\_home.htm](http://www.chuv.ch/urgences/urg_home.htm) [consulté le 26 juin 2014]
- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. *Rapport annuel CHUV 2011*. Accès <http://www.chuv.ch/chuv-rapport-annuel-2011.pdf> [consulté le 17 déc. 2013]
- Charpeaud, T., Eymere, P., Goutain, E., Garnier, M., Tixeront, C., Geneste, J., ... Brousse, G. (2012). La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en œuvre. *Urgences 2012 - 6<sup>e</sup> congrès de la Société française de Médecine d'Urgence* [Actes]. Chapitre 112. Accès [http://www.sfmu.org/urgences2012/urgences2012/donnees/pdf/112\\_eymere.pdf](http://www.sfmu.org/urgences2012/urgences2012/donnees/pdf/112_eymere.pdf) [consulté le 17 déc. 2013]
- Clain, V. Accès <http://psy-en-ligne.eu/Les-etats-dagitation.html> [consulté le 17 déc. 2013]
- Cork, A. & Ferns, T. (2008). Managing alcohol related aggression in the emergency department (Part I) et (Part II). *International Emergency Nursing*, 16, 43-47, 88-93.
- Ducreux, J.C. (prés.), Adnet, F., Bonhomme-Yaux, S., Brian, M., Claudet, I., Duval, G., ... Texier, S. (2002). *9<sup>ème</sup> Conférence de Consensus de la Société francophone de médecine d'urgence - Agitation en urgence (Petit enfant excepté)* [Texte long]. Toulouse: 6 décembre 2002. Accès [http://www.sfmu.org/documents/consensus/cc\\_agitation\\_long.pdf](http://www.sfmu.org/documents/consensus/cc_agitation_long.pdf) [consulté le 17 déc. 2013]
- Malchair, A. (1986). Violence et agressivité aux urgences psychiatriques. *Feuillets Psychiatriques de Liège*, 19.



- Marx, D. *Errors: A Balance Between Learning and Accountability*. [Présentations ppt® à: ]  
The Michigan Health and Safety Coalition. 14 avril 2004.
- Ministère des affaires sociales et de la santé, (2012). *Rapport annuel 2012, observatoire national des violences en milieu de santé*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Molenda, S. (2010). *Le syndrome de burn-out*. Accès [sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Le\\_syndrome\\_du\\_burn-out.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Le_syndrome_du_burn-out.pdf) [consulté le 03 juin. 2014]
- Niquille, M., Gremion, C., Welker, S. & Damsa, C. (2007). Prise en charge des états d'agitation extrahospitaliers : le point de vue de l'urgentiste. *Revue Médicale Suisse*, 121.
- Novitsky Jr, M. A., Julius, R. J., & Dubin, W. R. (2009). Non-pharmacologic Management of Violence in Psychiatric Emergencies. *Primary Psychiatry*, 16 (9).
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3ème éd.). Montréal: Chenelière Education.
- Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A. (2011). Patient-related violence at triage: A qualitative descriptive study. *International Emergency Nursing*, 19 (Issue 1), 12-19.
- Prudhomme, C., Jeanmougin, C. & Kessler, B. (2008). *Urgences et réanimation : soins infirmiers dans les services d'urgence et de réanimation*. Paris : Maloine, Dossiers Maloine de l'infirmière.
- Richmond, J., Berlin, J., Fishkind, A., Holloman, G., Zeller, S., Wilson, M.,... Ng, A. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient : Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13 (1), 17-25.
- Shields, M. & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 (ENTSPI) : Résultats* (Statistique Canada, n° 83-003-XPF au catalogue). Ottawa: Ministre de l'Industrie. Accès <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?lang=fra&catno=83-003-X>
- Shields, M. & Wilkins, K. (2009). Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients. *Rapports sur la santé, vol. 20, n° 2, juin 2009*. Ottawa (Ontario, CA) : Statistique Canada, Division de l'analyse de la santé.

- Tekatli, B. (2007). Agitation aux urgences - Recommandations de bonne pratique [Présentation PowerPoint®, communication scientifique]. *La Journée Médicale du Centre Hospitalier chrétien de Liège, le 13 octobre 2007. Atelier 4: Anesthésie - Urgences*. Liège, Belgique: C.H.C. Accès [http://www.chc.be/files/files/presentations\\_atelier\\_4.pdf](http://www.chc.be/files/files/presentations_atelier_4.pdf) [consulté le 17 déc. 2013]
- Thomas, G., Le Pape, E., Py-Leroy, E. & Tourinel, G. (2010). Prendre en charge un état d'agitation. *Médecine et Armées*, 38, 5, 435-441.
- Thys, F., Manara, A. & Deschietere, G. (2011). Agitation aux urgences. De l'accueil à la prise en charge dans un service d'urgence. Conférence d'essentiel pour médecins. *Actes du 53<sup>e</sup> congrès national d'anesthésie et de réanimation*. Paris: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR).
- Thys, F., Vermeiren, E., Laurent, M., Penaloza, A., Verschuren, F. & Moulin, D. (2010). Agressivité et violence dans les services d'urgences, moteurs de changement de pratiques ? *Soins Pédiatrie-Puériculture*, 252, janvier/février, 32-34. Accès [http://ch-lannion.centredoc.fr/opac/doc\\_num.php?explnum\\_id=703](http://ch-lannion.centredoc.fr/opac/doc_num.php?explnum_id=703)
- Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorists and Their work* (6<sup>ème</sup> éd.). Maryland Heights (Missouri) : Mosby Elsevier.
- Zoupanos Bujard, N. & Bryois, C. (2005). Traitement de l'agitation aux urgences somatiques. *Revue Médicale Suisse*, 27.

## **11. Annexes**

ANNEXE I : Rencontre avec l'équipe des urgences d'un hôpital de la région lémanique.

ANNEXE II : Traduction libre par Pirlet (2014) du texte original en anglais: Non-pharmacologic Management of Violence in Psychiatric Emergencies.

## ANNEXE I

### **Rencontre avec l'équipe des urgences d'un hôpital de la région lémanique**

**Du 12 décembre 2013**

**Entrevue :** 45 minutes

**Les personnes présentes :** L'ICUS, un praticien formateur au bénéfice d'un DAS médecine d'urgence, une infirmière et les 2 étudiantes qui réalisent le travail.

#### **Synthèse des éléments clés mis en avant par les membres de l'équipe**

Pour l'équipe, l'agitation est une problématique qu'ils rencontrent de jour comme de nuit, avec une prédominance durant la nuit. La majorité des patients sont alcoolisés. L'agressivité est un problème de plus en plus présent au sein des urgences. Les effectifs de nuit comptent deux infirmières et un médecin.

Le problème pour l'équipe est : « comment les calmer ? Et comment prévenir cette agitation ? »

Ce sont surtout des patients qui ont un problème chirurgical, bien souvent suite à une bagarre qui conduits à des blessures. Ils sont régulièrement amenés par la police.

Le plus souvent c'est l'agressivité verbale qui se manifeste. La violence physique est présente surtout chez les patients alcoolisés ou déments. Le patient souffrant d'alcoolisme chronique ne manifeste que très rarement de l'agitation.

L'alcool est la principale problématique ; les jeunes sont alcoolisés de plus en plus jeunes et consomment de l'alcool fort en l'espace de peu de temps. Les jeunes sont souvent incontrôlables. Ils arrivent aux urgences en groupe. Ce phénomène augmente les risques d'agressivité par effet de foule et de sentiment de toute-puissance de la part des jeunes. L'équipe observe une prédominance masculine dans les états d'agitation.

Ils constatent une augmentation des patients alcoolisés et agités durant les week-ends, durant le festival de Jazz de Montreux, à la fin des examens scolaires (juillet) et à la Saint-Sylvestre.

Les membres de l'équipe porte une attention particulière à ne pas rentrer dans le box avec des objets qui pourraient servir d'arme, tel que : ciseaux, bistouris, matériels coupants.

Il est fait mention que les locaux ne sont pas adaptés et que c'est un vieux bâtiment.

Les femmes de l'équipe ne se sentent pas en sécurité sur leur lieu de travail. L'équipe reçoit des menaces téléphoniques ou se sont fait suivre à leur domicile. L'équipe de soins ne se sentent pas

soutenu par la direction. Les hommes se sentent plus en sécurité, ils ont remarqué que le fait d'être un homme, plus âgé et sûr de soi calme les patients.

La création d'un poste d'infirmier de tri a permis de diminuer l'agitation face à l'attente avant la prise en charge.

L'équipe a accès à la formation continue tel que le DAS en soins d'urgence

La formation DAS permet de montrer que le soignant sait ce qu'il dit et cela instaure plus facilement la confiance.

Les moyens utilisés par l'équipe pour pallier à l'agitation sont :

- camisole chimique
- Appel à la police
- Contention physique → Ils essaient de l'éviter au maximum.

L'équipe décrit leur rôle comme suit :

- Prévenir l'agitation, pouvoir la détecter et agir avant qu'elle s'installe.
- Établir une relation de confiance → sont là pour le patient et pas contre lui.
- Se battent contre le temps car il y a plusieurs patients à prendre en charge.
- Ils reconnaissent ne pas tous être égaux face à la relation d'aide et n'hésite pas à se passer le relais si le contact ne se fait pas adéquatement.

Ils rencontrent peu de patients avec une pathologie psychiatrique qui sont agités, si c'est le cas, ils font usage de psychotrope. La connaissance de la pathologie permet d'anticiper. Certains membres de l'équipe serait intéressé par un stage aux urgences psychiatriques pour se perfectionner dans la prise en charge de ces patients. Pour les patients avec un problème psychiatrique ainsi qu'un handicap mental, l'éducateur ou l'infirmier référent qui les accompagnent est une grande ressource. Il existe une convention qui stipule que ces patients sont prioritaires, ils ne devraient pas attendre.

Ils soulèvent les problèmes suivants : quand peut-on laisser sortir un patient ? À partir de quel taux d'alcoolémie le patient est-il considéré comme incapable de discernement ? Dans quelle mesure cela relève de la responsabilité de l'hôpital s'il arrive quelque chose au patient ?

**Traduction libre par Pirlet (2014) du texte original en anglais:**

Novitsky Jr, M. A., Julius, R. J., & Dubin, W. R. (2009). Non-pharmacologic Management of Violence in Psychiatric Emergencies. *Primary Psychiatry*, 16 (9).

## **Gestion non pharmacologique de la violence dans les situations d'urgence psychiatriques**

[Psychiatrie primaire](#) | 1<sup>er</sup> septembre 2009

Le **Dr Mark NOVITSKY junior** est médecin psychiatre. Diplômé en 2008, il exerce à la Division psychiatrique pour Enfants et Adolescents du Département de Psychiatrie et d'Etude du Comportement humain, à la Thomas Jefferson University de Philadelphie, en Pennsylvanie (USA). Il est aussi directeur médical de la Wordsworth Academy. Cet organisme fournit un cursus éducatif complet, des traitements comportementaux, et des services sociaux à l'enfance, soit dans son centre d'accueil résidentiel, soit dans les écoles, les homes et le reste de la communauté. Le but de ces services est *l'empowerment* des jeunes et de leurs familles afin qu'ils développent leur plein potentiel de réussite.

**La D<sup>resse</sup> Rose JULIUS** est médecin psychiatre. Lors de la rédaction de cet article, elle effectuait sa 4<sup>e</sup> année (sur 5) de spécialisation en psychiatrie. En 2014, elle exerce à AtlantiCare, un organisme sans but lucratif, le plus grand fournisseur de soins de santé du Comté d'Atlantic City, dans le New Jersey. Elle s'y occupe de toxicomanes, de sans-abris et d'indigents.

**Le Prof. William DUBIN** enseigne la Psychiatrie et les Sciences du Comportement à la Temple University School of Medicine de Philadelphie. Il est spécialisé en psychiatrie, neurologie et gériatrie.

Ses intérêts cliniques portent sur gestion de l'agression, la psychiatrie d'urgence et les patients psychiatriques hospitalisés. Il est l'auteur de nombreuses publications, et très actif dans les associations se consacrant à la psychiatrie.

Divulgence d'éventuels conflits d'intérêts: Les auteurs ne rapportent aucune affiliation, avec ou sans intérêt financier, dans une organisation qui pourrait constituer un conflit d'intérêts.

S'il vous plaît, adressez toute correspondance à: William R. Dubin, MD, professeur ordinaire, et le président par intérim du Département de Psychiatrie de la Faculté de Médecine de l'Université Temple, Campus épiscopal, 100 E. Lehigh Avenue, Suite 305, Philadelphia, PA 19125; Tél: 215-707-0391; Fax: 215-707-0408; E-mail: [dubinwr@tuhs.temple.edu](mailto:dubinwr@tuhs.temple.edu).

### **Points de discussion**

- Il existe un risque important de violence pour les cliniciens de la santé mentale.
- Des stratégies verbales et interpersonnelles peuvent aider efficacement à atténuer le risque de violence.
- La violence est rarement inattendue et souvent peut être prédite.
- La violence est une réaction à l'impuissance et à l'humiliation.
- Certains éléments architecturaux peuvent améliorer la sécurité des cliniciens.
- La sécurité dans les locaux dépend d'un processus d'évaluation continue.
- Face à un malade armé, des interventions verbales, non menaçantes, peuvent diminuer le risque de blessure.

### **Résumé**

*Les cliniciens peuvent être la cible de violence. La situation d'urgence, qui comprend les services d'urgence psychiatrique et médicale, peut-être l'endroit le plus dangereux où travailler dans un hôpital. Par conséquent, alors que la compréhension des principes de la gestion de l'agressivité est essentielle à tous les médecins, elle est particulièrement importante pour les cliniciens qui travaillent dans le contexte d'urgence. En plus de la prise en charge de base par l'administration de médicaments et par la contrainte physique, il existe des stratégies alternatives qui devraient être utilisées dans la gestion des patients agités. Une bonne compréhension de la dynamique de la violence est essentielle pour la mise en œuvre d'interventions réussies, ainsi que du fait que la violence est une réaction à un sentiment de passivité et d'impuissance. Les cliniciens devraient procéder à une évaluation approfondie des risques, apprécier les facteurs de risque de violence. Ils doivent être conscients des principes de sécurité pour les locaux et de ce que les caractéristiques architecturales peuvent améliorer cette sécurité. Lorsque cela est possible, les médecins devraient rassurer d'une manière non menaçante, en reconnaissant et validant le ressenti du patient, et en*

*encourageant un dialogue ouvert sur les sentiments du patient, dans une perspective d'éviter la situation de violence.*

## **Introduction**

Le fait qu'ils puissent être la cible de la violence d'un patient est une pensée inconcevable pour la plupart des médecins. Pourtant, les cliniciens courent un risque important d'être agressés. Selon l'Enquête sur les Victimes de Crime menée par le Département de la Justice entre 1993 et 1999, sur la criminalité violente non mortelle (viols et agressions sexuelles; vols qualifiés; voies de faits simples ou graves), l'incidence annuelle était, toutes professions confondues, de 12,6 pour 1 000 travailleurs. Pour les médecins, le taux était de 16,2 - et pour les infirmières, il était de 21,9. <sup>1</sup> ... Toutefois, en santé mentale, le taux était de 68,2 pour 1000 pour les psychiatres, tandis que le personnel de surveillance atteignait un taux de 69,0, contre 40,7 % pour les autres travailleurs de ce secteur. Parmi les psychiatres qui ont répondu à l'enquête, l'incidence des agressions variait de 3% à 40%, et atteignait plus communément le taux le plus élevé <sup>2-4</sup>. L'incidence des agressions déclarées par les psychiatres résidents [*± chefs de clinique*] variait de 19 % à 64 % <sup>4-7</sup>, avec une forte incidence des agressions répétées allant de 10 % à 31 % <sup>8-10</sup>.

Les médecins résidents non psychiatres subissent également une forte incidence des agressions.

21 % des résidents de chirurgie ont déclaré avoir été agressés <sup>11</sup>, tandis que d'autres études <sup>6,10,12,13</sup> rapportent que 16 % à 40 % des résidents de médecine interne qui ont répondu aux enquêtes ont été agressés.

Le service des urgences peut être l'endroit le plus dangereux où travailler dans un hôpital. Les services d'urgence sont ouverts au public et accessibles sans contrôle de sécurité. La police y amène chaque jour des patients potentiellement violents, et le nombre de toxicomanes qui s'y présentent est en augmentation. Des études ont documenté le nombre alarmant d'armes amenées dans les hôpitaux, le plus souvent aux urgences <sup>14,15</sup>, et le taux élevé de violence contre le personnel <sup>16-19</sup>.

Il n'existe pas de statistiques sur le taux d'homicides perpétrés à l'encontre de la profession médicale, ni selon l'American Medical Association ni selon l'American Psychiatric Association. Il n'existe pas non plus d'études globales des homicides à l'encontre des médecins. Les informations sur ce type d'événements proviennent soit d'études de cas soit des médias <sup>4,20,21</sup>. Par conséquent, une bonne compréhension des principes de la gestion de l'agressivité devient critique pour tous les médecins, mais surtout pour ceux qui exercent dans les services de soins d'urgence. Des techniques alternatives, telles que la désescalade verbale, sont rarement utilisées par les médecins. Pourtant, sans une compréhension de ces principes, un médecin augmente son risque de devenir la victime d'un patient agressif. **Le présent article met l'accent sur les principes de gestion de la violence autres que la gestion par médicaments et par la contrainte physique.**

## **Dynamique de la violence**

La bonne gestion de la violence repose sur la compréhension de sa dynamique. La violence est une réaction à un sentiment de passivité et d'impuissance. Le comportement menaçant d'un patient est souvent une réaction excessive à des sentiments d'impuissance, de désespoir et d'humiliation - seulement ressentie ou alors bien réelle. Un clinicien qui rencontre un patient menaçant devrait éviter de devenir verbalement ou physiquement agressif envers lui. Les psychiatres qui répondent à des patients menaçants par des agressions physiques ou verbales sont beaucoup plus susceptibles d'être blessés ou de voir leurs biens détruits que ceux qui reconnaissent leur peur, mais expriment en même temps leur désir d'aider le patient <sup>22</sup>. **La stratégie non menaçante qui consiste à proposer de fournir de l'aide au patient est rassurante pour lui et constitue la pièce maîtresse de l'intervention avec un patient potentiellement violent <sup>23</sup>.**

## **Interventions au cours du prodrome de la violence**

Une agression se produit rarement de manière soudaine et inattendue. Généralement, elle est précédée par une phase prodromique au cours de laquelle la tension et l'anxiété augmentent; il y a une escalade de la stridence et des dérapages verbaux; de même qu'une augmentation de l'activité motrice, qui se manifeste généralement par le fait que le futur agresseur se met à déambuler à grands pas. Une intervention utilisant des stratégies de *talk-down* au cours de cette période d'escalade permettra souvent d'éviter les comportements violents. **Dans une telle situation d'escalade, le clinicien doit s'assurer que le patient peut entendre et répondre. Un patient qui est sous l'influence de l'alcool ou d'une autre drogue n'est pas un bon candidat pour les techniques de talk-down. En utilisant une voix à la fois douce et affirmée, des phrases courtes, le clinicien peut rapidement déterminer si le patient l'écoute <sup>24</sup>. Le volume, la tonalité et le débits vocaux du médecin devraient être inférieurs à ceux du patient, en sachant toutefois que s'ils sont trop bas, le patient peut aussi les percevoir comme une menace <sup>25</sup>. Le clinicien doit parler doucement au patient en étant d'accord avec lui, non en le contredisant <sup>24</sup>. Il est important de ne pas discuter les propos du patient. Le patient doit être submergé par l'accord de son interlocuteur <sup>24</sup>. Un patient qui monte en symétrie doit être abordé de face ou de côté, tandis qu'une approche par derrière sera perçue**

comme extrêmement menaçante; de même, le clinicien ne doit jamais tourner le dos à un patient agité ou menaçant <sup>25</sup>.

## Gestion des émotions

La principale stratégie de *désescalade*, pour désamorcer un patient potentiellement violent, passe par la gestion des émotions.

Les patients en pleine tempête émotionnelle devront pouvoir "ventiler" leur histoire, et le clinicien ne doit pas s'immiscer trop dans leur récit <sup>26</sup>. Souvent, le patient qui est submergé par des sentiments de colère intimide le clinicien qui répond alors avec des explications logiques et rationnelles. Ce type d'intervention n'aboutit qu'à enflammer le patient. La gestion des émotions implique de reconnaître les ressentis du patient, parfois même en les validant, et en encourageant le patient à parler de ses sentiments. Par exemple, le clinicien pourrait dire «Je peux voir à quel point cela vous met en colère. Si on me donnait des médicaments contre ma volonté, je serais aussi en colère que vous. Discutons encore de vos sentiments». «Ventiler», «en parler», «dire ce que l'on a sur le cœur» ou «catharsis» constituent des expressions familières qui font référence au processus qui autorise une personne à se libérer de ses émotions. Aborder les émotions sert à plusieurs desseins. Cela conduit le patient à diminuer son état de tension interne en verbalisant sentiments, et à se rendre compte qu'il n'a pas besoin de frapper quelqu'un ou de détruire le mobilier pour se sentir mieux. Donner au patient la possibilité de ventiler ses émotions désamorce souvent la montée de la violence et évite une confrontation directe.

## Techniques additionnelles de gestion des émotions

Les patients en détresse émotionnelle nécessitent une réponse active de la part du clinicien. Le contact visuel et le langage corporel, qui témoignent au patient de l'attention et du lien, réduiront la probabilité que le patient ait besoin d'exploser ou d'agresser pour faire valoir son point de vue <sup>26</sup>. Cependant, le contact visuel direct prolongé ou intense peut être perçu comme menaçant par le patient <sup>27</sup>. Eichelman <sup>26</sup> décrit les interventions qui sont efficaces dans la gestion de l'agressivité. L'utilisation de techniques d'écoute active, telles que la reformulation ou le résumé du contenu des déclarations, permet au clinicien de faire savoir au patient qu'il comprend ce qu'il éprouve. Il est important d'être honnête et précis pour répondre aux patients. Un manque de sincérité peut être vu comme justifiant de punir le clinicien, ou en tout cas aboutir à une piètre relation thérapeutique. Eichelman <sup>26</sup> recommande en outre que, dans tous les cas, le clinicien reste à une distance physique adéquate par rapport au patient. Les patients violents définissent à l'entour de leur corps un périmètre de sécurité plus large, et la règle de base est de rester à distance du patient de deux pas si possible, mais au minimum de la longueur d'un bras. Son espace personnel pourrait être représenté comme une zone ovale s'étendant entre 1,2 et 1,8 M autour de lui <sup>25</sup>. Si le patient est debout, le clinicien doit l'être aussi. Si le patient est assis, le clinicien doit également s'asseoir et ne pas se pencher par-dessus lui pendant l'entrevue. Si le patient fait les cent pas, le clinicien peut l'accompagner, mais à un rythme beaucoup plus lent. Berg et ses collègues <sup>25</sup> recommandent au clinicien d'adopter une posture qui le fasse paraître plus petit et donc moins menaçant. Cela peut se faire en se tenant les mains au niveau de la taille, les paumes ouvertes et tournées vers le haut, ou en adoptant la posture du "penseur" (un avant-bras en travers de la poitrine, la main tenant le menton, avec l'index orienté vers une oreille, et le pouce vers l'oreille opposée).

## Définition d'un cadre

Parfois, les cliniciens réagissent à l'escalade ou au comportement agité par des menaces de rétorsions, qui sont censées fixer des limites. Cependant une intervention menaçante est contreproductive dans une dynamique de violence, parce qu'elle suscite des sentiments d'impuissance ou d'humiliation chez le patient, accroissant ainsi le risque de violence. La colère ou l'hostilité ouvertes ne doivent jamais être exprimées envers un patient agité <sup>27</sup>. Poser des limites peut être thérapeutique et éviter les comportements violents. Green et ses collègues <sup>28</sup> ont décrit la philosophie de base qui sous-tend le fait de poser des limites: il s'agit de contenir et de contrecarrer les comportements inadaptés qui interfèrent avec la thérapie et menacent la sécurité du clinicien. Ils ont en outre relevé que l'établissement de limites efficaces implique une identification claire des comportements spécifiques qui doivent être modifiés, et l'articulation précise des conséquences qui s'en suivront si les comportements inappropriés persistent. Si le thérapeute manque de clarté dans sa pensée ou dans sa communication au patient concernant les comportements inappropriés, son intervention peut semer la confusion et de désorganiser le patient. Aussi souvent que possible, des explications doivent précéder l'imposition de limites afin d'offrir au patient une plus grande latitude dans l'exercice de son autonomie et de sa liberté d'agir.

Pour avoir les meilleures chances de réussir à poser des limites, il faut respecter la séquence suivante <sup>28</sup>.

Tout d'abord on dit au patient que son comportement est inacceptable. Deuxièmement, on lui explique pourquoi ce comportement est inacceptable. Enfin, on lui propose plusieurs options de prise en charge thérapeutique.



Par exemple, un médecin peut dire à un patient: «Vous ne pouvez pas crier, «malédiction !», ou menacer d'autres patients dans la salle de jour. Ils ont peur de vous et ils pensent que vous allez leur faire du mal. Par conséquent, vous pouvez aller à votre chambre et écouter la radio jusqu'à ce que vous vous sentiez plus calme, ou nous pouvons marcher jusqu'à la chambre d'isolement et je vous donnerai quelques médicaments. Quant on offre plusieurs choix, il ou elle acceptera généralement l'option qui lui plaira le mieux. Chaque fois que le patient a le choix, le patient fait en pause pour examiner les options. Chaque pause diminue la quantité d'énergie qui nourrit la colère et, si le processus se poursuit, le patient va lentement retrouver son self-contrôle<sup>24</sup>. Faire une unique proposition incite le patient à argumenter et à négocier, ce qui conduit à une nouvelle escalade, et culmine en une agression, fréquemment contre le clinicien, ou oblige à la contention du patient.

Une part essentielle de la définition des limites consiste pour le clinicien à déterminer si le patient est capable de répondre. En général, plus le degré de déficience cognitive est important, moins le patient sera en mesure de comprendre ou de répondre à la définition d'un cadre. Dans ces cas, et en fonction de la nature de la menace, le clinicien doit demander de l'aide; ou quitter la salle d'entretien immédiatement, si personne d'autre n'est disponible pour l'aider à la gérer le patient.

## Évaluer le risque de violence

La stratégie la plus efficace pour améliorer la sécurité du clinicien est d'anticiper les agressions possibles. Tardiff<sup>29</sup> suggère que certaines variables cliniques, psychologiques et historiques des patients augmentent leur potentiel de violence (Cf. tableau). Bien qu'il n'existe aucune hiérarchisation, aucune équation où introduire ces facteurs de risque pour prédire avec exactitude la violence, leur seule présence doit alerter le clinicien sur une possible dérive violente du patient. Le clinicien qui est conscient de ces facteurs de risque a la possibilité de développer des stratégies de prise en charge thérapeutique qui minimisent le risque de violence.

Tableau: Facteurs de risque de violence <sup>29</sup>
• Des antécédents de violence à répétition
• Agitation, colère, comportement désorganisé
• Attention réduite durant l'entretien
• Des menaces de violences détaillées et planifiées
• Des moyens disponibles pour infliger des blessures, tels que la détention d'armes
• Des antécédents d'abus physiques ou sexuels pendant l'enfance
• Existence d'une pathologie organique
• Présence de trouble psychotiques, tels que des hallucinations visuelles, ou auditives (voix qui commandent de faire tel ou tel acte)
• Personnalité borderline ou antisociale
• Abus d'alcool ou autre toxicomanie
• Appartenance à un groupe social présentant une prévalence accrue de violence: jeunes, hommes, milieux socioéconomiques défavorisés.

L'évaluation des risques doit inclure l'intention de faire du mal à soi-même ou à autrui; la possession ou l'accès à une arme; des antécédents récents de violence; l'élaboration d'un plan violent défini; la consommation d'alcool ou d'autres drogues; l'adhésion plus ou moins bonne au suivi ambulatoire et au traitement médicamenteux; les co-morbidités psychiatriques ou somatiques<sup>27</sup>. D'autres éléments rentent encore dans l'évaluation de la dangerosité: la maladie actuelle, les antécédents psychiatriques, le passé militaire, les antécédents judiciaires, et l'examen de l'état mental<sup>23,30</sup>. Les patients qui ont des antécédents de violence ou de paranoïa, ou ceux qui présentent un trouble de la personnalité borderline, avec un faible contrôle des impulsions, ne devraient pas être interrogés de prime abord en tête-à-tête privé<sup>25</sup>. Pour les patients à risque en milieu hospitalier, le médecin peut choisir de laisser la porte du cabinet ouverte lors de l'entrevue, avec du personnel de soins ou de sécurité à proximité, ou d'interroger le patient dans une salle de conférence où la grande table fera barrière entre le clinicien et le patient.

L'obstacle majeur à l'évaluation efficace des risques est un mécanisme de défense psychologique de type déni. Le déni apaise l'anxiété du clinicien par le refoulement des pensées, des sentiments, des éléments de la réalité extérieure qui sont intolérables au niveau conscient. Dès lors, les cliniciens ignorent les données cliniques ou les comportements qui leur suggèrent qu'un patient risque de devenir violent. Par exemple, plutôt que de reconnaître son anxiété et sa peur, le psychiatre peut adopter une attitude machiste, intrépide et pleine de confiance en soi. Le déni se traduit aussi par son incapacité à obtenir des données pertinentes sur les antécédents

de violence d'un patient, ainsi que sur ses éventuelles arrestations; ou encore par son incapacité à interroger un patient sur son comportement agressif actuel. L'évaluation du risque, telle que nous l'avons décrite ci-dessus, commence par neutraliser chez le clinicien son puissant mécanisme de déni. Pour les patients qui présentent au départ un risque de violence, la réévaluation de ce risque doit être un processus continu, prolongé et documenté. L'anticipation de la violence conduit à la planification d'un traitement préventif et améliore considérablement la sécurité.

## Stratégies environnementales pour améliorer la sécurité

Il y a certaines caractéristiques architecturales qui peuvent améliorer la sécurité. Les pièces sécurisées doivent avoir des meubles lourds qui ne peuvent pas être levés ou utilisés comme armes. Les bureaux, en particulier ceux des services d'urgences ou des unités d'hospitalisation, ne devraient pas contenir d'objets durs ou coupants comme des cendriers, des lampes décoratives; pas non plus de boissons chaudes, ou de décorations susceptibles d'être jetées ou utilisées comme armes<sup>23</sup>. Toutes les battants de portes devraient pivoter vers les locaux communs et non vers l'intérieur des pièces. Cela empêche un patient de bloquer la sortie du thérapeute en s'appuyant contre la porte. Berg et ses collègues<sup>25</sup> recommandent plusieurs stratégies pour améliorer la sécurité dans les services d'urgence et dans les cliniques. Munir d'une fenêtre les portes des salles d'examen permet de sauvegarder la confidentialité tout manifestant que tout comportement inacceptable pourra être repéré. Les caméras de sécurité donnent également l'impression que les comportements sont surveillés, et rappellent les règles: il est clair que la violence ne sera pas tolérée et aura des conséquences pour son auteur.

On doit concevoir les bâtiments des établissements de telle sorte qu'ils offrent une protection matérielle et humaine au clinicien. Les locaux des cliniques de soins ambulatoires doivent comporter des boutons d'alarme et / ou une stratégie organisée pour informer le réceptionniste, d'autres employés, ou même la police en cas de situation menaçante. On doit élaborer un protocole pour former le personnel administratif à reconnaître les patients qui présentent un risque de violence. On doit mettre en place des stratégies afin que le personnel administratif puisse, sans alerter le patient en cause, aviser le personnel soignant ou, si nécessaire, la police, qu'une personne commence à perdre la maîtrise de soi ou à se comporter de manière menaçante. Par exemple, un code simple comme «D<sup>r</sup> Smith, pouvez-vous venir voir M. Jones immédiatement ? » peut être le signal que M. Jones se comporte avec un risque de violence. Ce type d'appel téléphonique, non menaçant, permet alors au médecin de mettre en œuvre d'autres tactiques, comme appeler la police ou mobiliser les autres membres du personnel de la clinique pour aider à contenir le patient. On doit prévoir un code spécifique pour alerter le personnel qu'un malade armé se trouve en la salle d'attente. Cette alarme doit être simple, et non menaçante elle aussi, par exemple, «La chambre 22 est-elle libre ? ». On devrait aussi envisager un système d'alarme directement reliés à la police, en particulier pour la situation où un patient serait armé ou soupçonné de l'être. Un tel système doit être discret afin de ne pas avertir le patient qu'une alarme est déclenchée.

## Bureau sécurisé

La gestion des patients agressifs ou violents peut être problématique pour le médecin qui pratique seul, en dehors d'un hôpital. La sécurité du cabinet médical nécessite de la planification et de la persistance. Les praticiens doivent toujours être conscients des problèmes de sécurité. Si un praticien traite des patients avec des antécédents d'agression ou de décompensation psychotique, ou qu'il évalue fréquemment de nouveaux patients, il doit prendre conscience des problèmes spécifiques de sécurité de son cabinet. Idéalement, le cabinet doit avoir deux portes, l'une vers la salle d'attente, et l'autre, verrouillée, qui mène à la salle de soin proprement dite. Cette deuxième porte doit avoir un judas, de sorte que le praticien soit en mesure de voir qui est dans l'antichambre de son cabinet. Il peut être souhaitable que le cabinet médical dispose de deux entrées de sorte que si un patient représente un danger dans la zone de réception, il y ait une autre sortie possible. Si un praticien n'a pas de réceptionniste, il doit envisager un bouton d'alarme ou tout autre système d'alerte destinées soit à la sécurité du bâtiment ou à la police, si jamais il est confronté à un patient menaçant ou agressif. Comme indiqué au chapitre précédent, la décoration du cabinet doit être compatible avec le type de patients que le médecin traite. Les psychiatres qui pratiquent seuls devraient évaluer la dangerosité de leurs nouveaux patients par téléphone avant leur première visite au cabinet, et cela selon la méthode évoquée plus haut dans l'article. Si le médecin soupçonne que le patient présente un risque accru de violence, il doit envisager de l'interviewer dans un cadre plus sûr, tel qu'un service d'urgence ou un hôpital. Si une telle option n'est pas réalisable, le clinicien doit s'organiser pour que des membres de la famille ou d'autres personnes soient présents lors de la consultation. Quelle que soit la configuration du cabinet, les patients qui présentent des risques de violence ne devraient pas être interrogés tôt le matin ou tard dans la soirée, quand personne n'est disponible pour porter assistance.

## Gestion du patient armé

Dans le cas d'un patient qui se présente dans lieu de soins avec une arme, le moins de personnel possible devrait être exposé à un risque de lésions corporelles<sup>29</sup>. Le personnel doit se replier dans un local. Le clinicien doit reconnaître ce qui est l'évidence, par exemple, «Je vois que vous avez une arme à feu.»<sup>29</sup>. Le clinicien doit être calme, il ne doit monter en symétrie ni devenir menaçant à son tour. Pendant les phases initiales, il doit encourager le patient à parler, et lui reformuler ses préoccupations. L'arme à feu manifeste presque invariablement des sentiments d'insuffisance et de peur. Le clinicien doit essayer de répondre aux questions psychologiques sous-jacentes. Il est important d'identifier les domaines dans lesquels le point de vue du patient est correct, plutôt que d'essayer, en premier, de démontrer les domaines dans lesquels son point de vue est erroné. L'alliance thérapeutique peut être améliorée si le clinicien parvient à identifier des similitudes entre le patient et lui-même.

Si un bref temps se passe sans un coup de feu, la probabilité d'un tir ultérieur est diminuée. Initialement, toutefois, le clinicien doit respecter n'importe quelle demande du patient et prendre un soin spécial pour éviter de l'exaspérer davantage. On ne doit pas tenter de prendre l'arme du patient. On doit lui suggérer de poser son arme à terre en douceur<sup>29</sup>. On ne doit pas se saisir de l'arme ni dire au patient de la laisser tomber, car le coup de feu pourrait partir accidentellement<sup>29</sup>.

## Conclusion

La gestion des patients violents, agressifs est un défi clinique. Cependant, si le clinicien repasse périodiquement en revue les points clés de cette gestion clinique, alors la plupart des confrontations avec un patient violent peuvent avoir un résultat satisfaisant. Les stratégies fondamentales sont les suivantes.

Premièrement, procéder à une évaluation des risques sur tous les nouveaux patients, et poursuivre continuellement cette évaluation chez les patients qui présentent des facteurs de risque de violence.

Deuxièmement, éviter d'évaluer et/ou de soigner des patients à risque de violence seul ou dans un bureau isolé.

Troisièmement, rappelez-vous que la violence est une réponse à des sentiments d'impuissance, de passivité, et d'humiliation réelle ou ressentie.

Quatrièmement, les interventions les plus efficaces pour gérer l'agressivité sont les stratégies du *talk-down* non menaçant, qui utilisent la gestion des émotions comme la pièce maîtresse.

Cinquièmement, le cadre défini doit toujours offrir deux options au patient, parmi lesquelles il doit choisir sa préférée.

Sixièmement, on ne doit pas menacer un patient armé, et le clinicien doit lui répondre d'une manière non menaçante, en lui proposant de l'aide et de la compréhension.

Enfin, on doit réévaluer périodiquement la sécurité des locaux administratifs et de soins, et procéder aux aménagements nécessaires pour améliorer la sécurité.

## Références

1. Duhart DT. Violence in the Workplace, 1993-1999. Bureau of Justice Statistics Special Report, NCJ 190076. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 2001.
2. Davies S. Assaults and threats on psychiatrists. *Psychiatr Bull.* 2001;25(3):89-91.
3. O'Sullivan M, Meagher D. Assaults on psychiatrists- a three-year retrospective study. *Ir J Psych Med.* 1998;15(2):54-57.
4. Clinician Safety: Report of the American Psychiatric Association Task Force on Clinician Safety. Report #33. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1993.
5. Black KJ, Compton WM, Wetzel M, et al. Assaults by patients on psychiatric residents at three training sites. *Hosp Community Psychiatry.* 1994;45(7):706-710.
6. Coverdale J, Gale C, Weeks S, et al. A survey of threats and violent acts by patients against training physicians. *Med Educ.* 2001;35(2):154-159.
7. Schwartz TL, Park TI. Assaults by patients on psychiatric residents: a survey and training recommendations. *Psychiatr Ser.* 1999;50(3):381-383.
8. Chaimowitz GA, Moscovitch A. Patient assaults against psychiatric residents: the Canadian experience. *Can J Psychiatry.* 1991;36(2):107-111.
9. Fink DL, B. Shoyer B, Dubin WR. A study of assaults against psychiatric residents. *Acad Psychiatry.* 1991;15(2):94-99.
10. Milstein V. Patient assaults on residents. *Indiana Med.* 1987;80(8):753-755.

11. Barlow CB, Rizzo AG. Violence against surgical residents. *Western J Med.* 1997;167(2):74-78.
12. Paola F, Malik T, Qureshi A. Violence against physicians. *J Gen Intern Med.* 1994;9(9):503-506.
13. VanIneveld CH, Cook DJ, Kane SL, et al. Discrimination and abuse in internal medicine residency. *J Gen Intern Med.* 1996;11(7):401-405.
14. Goetz RR, Bloom JD, Chenell SL, et al. Weapons possession by patients in a university emergency department. *Ann Emerg Med.* 1991;20(1):8-10.
15. Thompson BM, Nunn J, Kramer I, et al. Disarming the department -weapon screening and improved security to create a safer ED environment. *Ann Emerg Med.* 1988;17(4):419.
16. Foust D, Rhee KJ. The incidence of battery in an urban emergency department. *Ann Emerg Med.* 1993;22(3):583-585.
17. Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP, et al. Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *J Accid Emerg Med.* 1998;15(4):262-265.
18. Pane GA, Winiarski AM, Salness KA. Aggression directed toward emergency department staff at a university teaching hospital. *Ann Emerg Med.* 1991;20(3):283-286.
19. Wyatt JP, Watt M. Violence towards junior doctors in accident and emergency departments. *J Accid Emerg Med.* 1995;12(1):40-42.
20. Dubin WR, Lion JR. Violence against the medical profession. In: *Creating a Secure Workplace: Effective Policies and Practices in Health Care.* Lion JR, Dubin WR, Futrell DE, eds. Chicago, IL: American Hospital Publishing, Inc.; 1996:3-14.
21. Ladds B, Lion JR. Severe assaults and homicide within medical institutions: epidemiologic issues. In: *Creating a Secure Workplace: Effective Policies and Practices in Health Care.* Lion JR, Dubin WR, Futrell DE, eds. Chicago, IL: American Hospital Publishing, Inc.; 1996:15-24.
22. Dubin WR, Wilson, SJ, Mercer C. Assaults against psychiatrists in outpatient settings. *J Clin Psychiatry.* 1988;49(9):338-345.
23. Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr.* 2006;30(4):586-591.
24. Maier GJ. Managing threatening behavior: the role of talk down and talk up. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1996;34(6):25-30.
25. Berg AZ, Bell, CC, Tupin J. Clinician safety: assessing and managing violent patients. *New Dir Ment Health Serv.* 2000;(86):9-29.
26. Eichelman BS. Strategies for clinician safety. In: *Patient Violence and the Clinician.* Eichelman BS, Hartwig AC, eds. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1995:139-154.
27. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28(3):701-711.
28. Green SA, Goldberg RL, Goldstein DM, et al. The art of limit setting. In: *Limit Setting in Clinical Practice.* Green SA, Goldberg RL, Goldstein DM, Leibenluft E, eds. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1988:1-13.
29. Tardiff K. Clinician safety. In: *Tardiff K. Assessment and Management of Violent Patients.* 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1996:28.
30. Buckley PF, Noffsinger SG, Smith DA, et al. Treatment of the psychotic patient who is violent. *Psychiatr Clin North Am.* 2003;26(1):231-272.