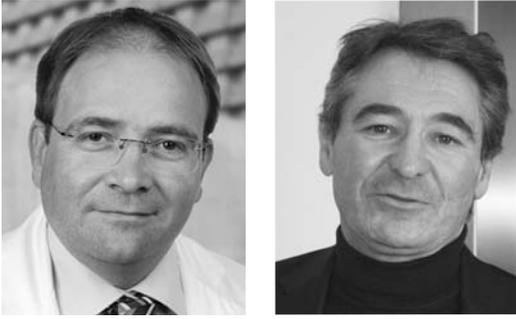




# L'accueil des patients et de leurs proches : Enfin, des formations pertinentes pour éviter les conflits !

«Le 18 août, trois hommes s'en sont pris à un infirmier des urgences de l'hôpital de La Conception » ou encore « une infirmière d'un hôpital de Bourgoin-Jallieu (Rhône-Alpes) menacée d'un couteau ». Ces grands titres interpellent et scandalisent l'opinion.

Selon l'Amuf (L'association des médecins urgentistes de France), les agressions contre le personnel de santé «ont augmenté de plus de 80 %» ces cinq dernières années. En 2012, l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) recense plus de 11 000 faits de violences dans 350 hôpitaux, contre 5 760 en 2011. Soit une hausse de presque 100%. Mais le phénomène n'est pas qu'hexagonal. En Belgique également où on dénombre plus de 500 agressions physiques en 2010 et 438 pour les neuf premiers mois de 2011. Des chiffres qui ne collent pourtant pas à la réalité car "seulement 3 % sont verbalisées !" selon la directrice du service facilitation de l'UZ Brussel, Arlette Verleyen. Quels que soient les chiffres, le problème est réel et doit être pris très au sérieux. Existe-t-il des solutions ? Oui. Si les causes sont multifactorielles, les réponses le sont également. Un environnement adapté mais aussi une série de formations, qui ont prouvé leur efficacité dans de nombreuses institutions, sont parmi les meilleures pistes à mettre en oeuvre. Frédéric Thys, chef des urgences aux cliniques universitaires Saint-Luc et Jean-Louis Festeriaerts, directeur des formations chez Foster & Little, répondent à nos questions.



Propos recueillis auprès de **Frédéric Thys** et **Jean-Louis Festeraerts**

### Comment expliquez-vous la montée des agressions dans les hôpitaux ?

**Jean-Louis Festeraerts** : Il faut mettre tout en perspective. Les faits relatés dans la presse déclenchent, à juste titre, une vague d'indignation mais les agressions physiques restent une exception. Par contre, les agressions verbales sont quotidiennes. Tous les services d'accueil sont concernés mais tous ne sont pas également touchés. La psychiatrie et les urgences arrivent évidemment en tête en termes de violence.

**Frédéric Thys** : Dans un service d'urgences, il existe des facteurs de risque qui peuvent s'additionner mais qui souvent se multiplient, conduisant à ces débordements. De manière synthétique, il existe des facteurs humains, organisationnels et environnementaux. Commençons par ces derniers, dans une revue sur l'architecture, c'est logique. Des locaux trop exigus rendent évidemment difficiles le respect de l'intimité et de la dignité des personnes. Cette promiscuité va faciliter l'expression des personnalités et des comportements individuels. C'est encore plus vrai lorsqu'il s'agit de groupes ou de familles.

### Pour cet aspect environnemental, quelles sont les solutions à mettre en œuvre ?

**FT** : Nous venons, au sein de notre hôpital, d'inaugurer un nouveau service d'urgence. L'ancien service avait été conçu en 1976 pour accueillir 16.000 patients. Nous en accueillons 65.000 aujourd'hui ! Le fil conducteur de tout le processus de réflexion avec le groupe de pilotage (composé de médecins, soignants, responsables du service technique et architectes) fut la volonté de placer le patient au centre de notre démarche : confort, bien-être et humanisation des soins. Cela se traduit concrètement sur le terrain par différents éléments. Mais avant tout, il faut diminuer les tensions liées à l'attente. Le patient ne doit jamais avoir le sentiment qu'il est oublié. Entre chaque soin, il ne retourne donc pas vers la salle d'attente principale mais vers des salles d'attente intermédiaires installées au sein du circuit des patients ambulants. Ensuite, nous avons organisé des circuits séparés pour éviter le mélange des situations et les tensions qu'elles provoquent : patients debout, patients couchés, patients à réanimer, patients pédiatriques, patients psychiatriques, à chacun un circuit spécifique où dignité et sérénité ont été des objectifs constants. Enfin, tout est conçu pour créer une atmosphère sereine. L'architecture privilégie les espaces ouverts et les lumières apaisantes. Les proches des patients seront les bienvenus dans le service grâce à un système de double entrée dans les chambres : une pour le personnel

soignant, une autre pour les proches. Il y a également un espace « rencontre » situé à l'écart du service et qui donne au personnel la possibilité de parler avec les proches en toute discrétion, et en dehors du tumulte d'un hôpital en activité.

### Quelles sont les autres solutions ?

**FT** : Pour répondre aux seconds facteurs de risque liés à l'organisation, il faut avant tout communiquer. Les patients ne comprennent pas comment fonctionnent les urgences. Les circuits de prise en charge comme de décisions leur échappent. La gestion des priorités des admissions comme les temps d'attente engendrent bien souvent de la violence verbale ou physique. Le manque d'information quant au diagnostic augmente le sentiment d'impuissance et d'impatience. L'équipe pluridisciplinaire est très souvent mal identifiée par le patient ou sa famille. Il faut donc communiquer. La chef de service de la planification des séjours hospitaliers a ainsi mis récemment en place une procédure pour aider les patients à mieux appréhender leur futur séjour à l'hôpital. L'objectif est là aussi d'éviter les conflits. Mais ce n'est pas simple car se greffe là-dessus le dernier facteur de risque lié à l'individu.



### Justement, comment prendre en compte ce facteur humain ?

**J-LF :** Deux éléments essentiels. Il faut effectivement communiquer. Mais comment communiquer et surtout faut-il communiquer de la même façon avec chaque individu ? La réponse est claire : il faut adapter la communication au profil de chacun. Or, le personnel hospitalier n'est que très rarement formé à cette approche pourtant essentielle. Et très souvent cette communication inadaptée est la première cause des conflits. Et ici, on ne parle plus seulement des urgences mais bien des accueils hospitaliers en général.

### Il existe donc des formations pour prendre en compte ce facteur humain ?

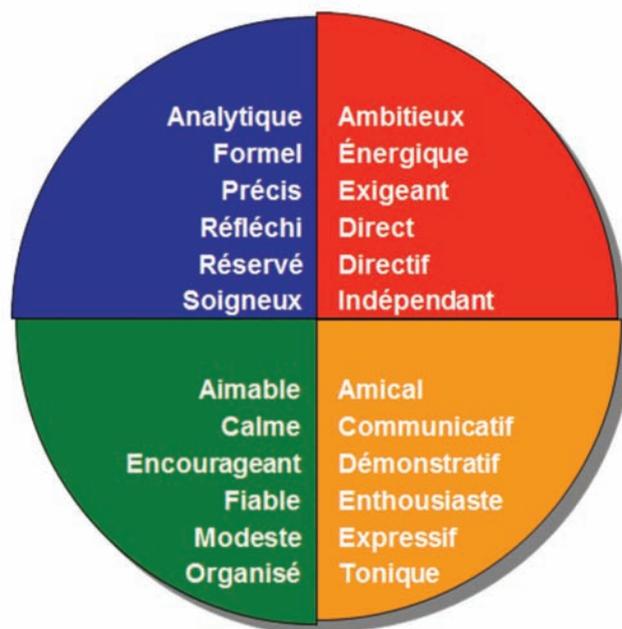
**J-LF :** Bien sûr. Et des formations qui ont fait leur preuve sur le terrain. Elles sont de trois types et abordent cette problématique de manière graduelle. La première va privilégier le bon accueil des patients et de leurs proches. Avec jeux de rôle et vidéo à l'appui. Ensuite, si malgré tout, le ton monte, il faut savoir gérer le patient agressif. Enfin, si l'agression verbale devient physique alors là, il y a une troisième solution qui est la formation dite CAMP qui est le contrôle de l'agressivité par la maîtrise physique. Cependant si le patient est pris en charge selon les approches préconisées lors des deux premières formations, le risque d'agression physique devient rare. Mais n'est jamais évidemment à exclure.



### Quelles sont ces approches préconisées dans ces deux premières formations ?

**J-LF :** Avant tout identifier le profil des différents patients ou membres de la famille et adopter le bon comportement. En fait c'est assez simple. Mais il y a deux conditions de base. Primo il faut être attentif aux signaux qu'envoie le patient et secundo vouloir tout mettre en œuvre pour l'accueillir de manière optimale. Pour identifier le profil il existe une méthode utilisée depuis des années car très simple mais surtout très efficace. La méthode DISC, dite aussi méthode des couleurs (voir illustration ci-dessus), permet de classer les patients

qui se présentent à l'accueil en quatre grandes catégories. Vous identifiez la couleur de la personne et en fonction de cela vous allez adopter la bonne attitude. Pour faire simple, un rouge veut avoir raison car il a un caractère dominant. Ne lui adressez donc pas la parole comme s'il était une victime. Il déteste cela. A l'inverse, un vert est inquiet. Il faut donc le rassurer et prendre son temps. Au bleu, il faut tout expliquer dans les détails. A l'inverse de l'orange qui lui préfère dédramatiser. Nous nous servons aussi de l'AT (analyse transactionnelle) pour aider les accueillants et soignants à adopter la bonne attitude.



### L'attitude des soignants est donc importante ?

**FT :** Le comportement des soignants est en effet malheureusement parfois inducteur d'agressivité. L'inexpérience face aux situations de crise peut engendrer un stress et donc des comportements qui seront mal interprétés par le patient. Mais de nombreux autres facteurs vont influencer aussi le comportement du soignant comme la fatigue, la surcharge de travail ou le burn-out qu'il ne faut évidemment jamais sous-estimer.

### Et si malgré tout, le ton monte, que faire ?

**J-LF :** Là aussi, une fois que le ton monte, posez-vous d'abord la question suivante « ai-je fait quelque chose pour susciter cette réaction ? ». La réponse est malheureusement positive dans plus de la moitié des cas. En cas de conflit potentiel, il existe aussi des règles : laisser le patient s'exprimer, ne pas le couper et faire la différence entre des faits, des sentiments et des opinions. Réagir à ces dernières envenime à tous les coups le conflit !

### Et si malgré tout cela le patient devient réellement agressif ?

**J-LF :** Si tout ce qui précède a été correctement mis en œuvre, cela n'arrivera pas. Mais si malgré tout l'agression devient physique, il

faut alors que le personnel médical puisse maîtriser la personne - patient ou membre de la famille - mais évidemment sans la blesser. Pour cela, avant tout, il faut bien connaître les facteurs de risque chez les patients (facteurs biologiques, systémiques, émotionnels ...) ensuite réagir différemment selon les pathologies. Et enfin, ensuite il existe différentes techniques pour répondre à différentes agressions. De la tentative de strangulation à la morsure en passant, entre autres, par la saisie des cheveux. A chaque fois, il y a une technique adéquate. Cette formation est évidemment basée sur de nombreuses mises en situation proche de la réalité de terrain.

### Sur quoi repose le succès de ces différentes solutions ?

**FT :** Avant tout, sur la volonté de l'institution hospitalière de prendre en charge cette problématique. Pour cela, l'amélioration de la gestion de l'aval est capitale. De la qualité de l'accueil à la diminution des temps d'attente en passant par tout autre dysfonctionnement. Il va de soi que l'organisation de formations est indispensable. Mais doit aussi répondre au turn-over des équipes. Enfin, en cas d'agression, il faut accompagner le personnel en lui donnant accès notamment à un soutien psychologique pour une prise en charge post-traumatique éventuelle.

## Les experts :

**Frédéric Thys** est Directeur Médical Adjoint et Chef du Service des urgences aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Il est Professeur clinique de la Faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain.

**Jean-Louis Festeriaerts** a été manager dans de grandes entreprises avant de fonder le cabinet Foster & Little. Il enseigne le management dans différentes HEC mais accompagne surtout de nombreuses équipes hospitalières à travers des missions de formation et de coaching.

## Foster & Little

Depuis 15 ans Foster & Little accompagne les équipes sur le terrain à travers des missions de formation et de coaching. Dans le secteur hospitalier et des soins de santé, ses collaborateurs interviennent aussi bien dans des CHU, CHR que dans des établissements de soins spécialisés. En France comme en Belgique. Dans ce dernier pays, Foster & Little a été nommée parmi les « meilleures sociétés de formation et de coaching ». La société compte une quinzaine de collaborateurs expérimentés basés à Bruxelles et à Lille. Cette équipe a également développé des outils de diagnostic comme SquareTeam®. Voir sur : [www.foster-little.com](http://www.foster-little.com)

## Le contenu de ces trois formations

- *L'accueil des patients et de leurs proches* : cette formation s'adresse à tout le personnel hospitalier qui a un premier contact avec le patient et sa famille. Personnel d'accueil, membre des secrétariats mais également le personnel infirmier de première ligne. Aux urgences notamment. L'objectif est d'adopter la bonne attitude (verbale comme non verbale) en fonction du profil de chaque patient grâce à la méthode DISC dite « des couleurs ». Cette formation connaît actuellement un réel succès car un bon accueil va conditionner tout le trajet du patient. Cette formation est suivie de « field coaching » sur le terrain
- *La gestion des patients difficiles* : dans certains cas, malgré un excellent accueil, le ton peut monter. Il faut alors arriver à faire baisser la tension. Là aussi, utiliser la bonne attitude en fonction des profils est fondamentale. Si cette formation s'adresse évidemment également au personnel d'accueil elle concerne aussi et surtout les personnel médical et paramédical en contact avec le patient. Et ce quel que soit le service. Cette formation est également suivie de « field coaching » pour garantir la mise en œuvre sur le terrain.
- *CAMP (contrôle de l'agressivité par la maîtrise physique)* : cette formation mise au point avec des psychologues cliniciens s'adressent plus spécifiquement au personnel confronté à des patients agressifs. Sont les plus concernés les services d'urgence, gériatriques ou psychiatriques. Plus de 50% de la formation est consacré à de véritables exercices pratiques qui visent à maîtriser le patient tout en préservant son intégrité et ce, tenant compte de sa pathologie.

