



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La violence aux urgences



Formateur référent mémoire : ROBIN Gaël

ROBIC Amélie
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date 02/05/2022



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

Mémoire d'initiation à la recherche

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du mémoire d'initiation à la recherche, à dater et à signer

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 02/05/2022

Identité et signature de l'étudiant :

Amélie ROBIC

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier mon référent MIRSI Gaël ROBIN pour son soutien, ses conseils qui m'ont guidé tout au long de l'élaboration de mon mémoire, l'ensemble des formateurs de l'IFSI pour leur bienveillance et leur accompagnement durant toutes ces années, ainsi que ma référente pédagogique Séverine DUCLOYER pour son suivi individuel. Malgré un contexte sanitaire tendu ils sont restés présents et à l'écoute de mes besoins.

Aussi, je remercie mes proches, qui m'ont soutenue dans ma reconversion professionnelle, et qui ont été présents pour moi, mais aussi les personnes rencontrées tout au long de ces trois années, dont certaines sont devenues des amies, créant des relations basées sur la confiance et l'entraide et qui m'ont permis de mener à bien ce projet dans un climat de bienveillance.

Enfin, je tenais à remercier tout particulièrement mon amie Ericka Selosse pour son soutien inconditionnel et son investissement dans la relecture de mon mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
Situation d'appel.....	2
Situation N°1.....	2
Situation N°2.....	3
Questionnements	4
La question de départ	4
Cadre théorique.....	5
1. Présentation du service des urgences.....	5
1.1 Le contexte des urgences	5
1.2 Définir le travail d'une infirmière aux urgences	6
2. Le prendre soin aux urgences et ses concepts	7
2.1 Définition du prendre soin.....	7
2.2 La bienveillance.....	7
2.3 La bientraitance	8
2.4 La relation d'aide.....	8
3. La violence / Agressivité.....	9
3.1 L'agressivité	9
3.2 La violence	9
3.3 Différence entre violence et agressivité.....	10
3.4 Epidémiologie de la violence	11
3.5 Les causes et les situations menant à la violence	11
3.6 Les niveaux, les formes de violence	13
3.7 La question de la violence aux urgences	14
4. Les réactions des soignants face à la violence.....	14
5. Les outils de gestion de la violence.....	15
5.1 Le médiateur	15
5.2 La communication	16
5.3 Les mesures de protection des personnels	18
6. Le consentement	18
6.1 Définition du consentement	18
6.2 Les limites du refus de soin.....	19
Méthodologie	20
Analyse des entretiens.....	21
1.1 Caractéristiques et nature des violences.....	21

1.2 L'impact émotionnel de la violence dans les soins	22
1.3 L'impact sur les patients	24
1.4 Le respect de la dignité.....	24
1.5 La communication et le prendre soin.....	25
1.6 Les outils de protection psychologique du personnel.....	26
1.7 Les outils de gestion de la violence	26
1.8 Les limites liées à l'institution	27
Discussion.....	28
2.1 Violence/agressivité	29
2.2 La violence : à chaque soignant son ressenti	29
2.3 La violence : des formations professionnelles pour mieux réagir	30
2.4 Les causes de la violence	31
2.5 Des droits bafoués.....	32
2.6 Les niveaux de violence	32
2.7 Aspect juridique pour le soignant victime de violence	33
2.8 Dignité du patient et éthique professionnelle.....	33
Conclusion	34

Abréviations :

IAO Infirmière d'accueil et d'orientation

MAO médecin d'accueil et d'orientation

SAMU service d'aide médical urgent

UHCD unité d'hospitalisation courte durée

ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé

SFMU : Société Française de médecine d'urgence

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmière diplômé d'Etat

Introduction

Dans le cadre de ma formation, il nous est demandé de réaliser un mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers pour terminer le cursus de la licence.

Pour ce faire, j'ai décidé d'aborder le thème, « La violence aux urgences vécue par les soignants et l'impact dans le prendre soin ». J'ai choisi ce service comme unité d'observation, car j'y ai travaillé pendant trois ans comme aide-soignante, ce qui me permet de confronter mes acquis avec de nouvelles connaissances issues d'études lues ainsi qu'avec des échanges entre professionnels.

Au détour de mes stages et de mon expérience, j'ai pu être confrontée à la violence et l'agressivité de toutes sortes (verbales, physiques), de patients envers des professionnels. C'est un sujet qui me touche particulièrement du fait d'y avoir été confrontée aussi bien dans le domaine professionnel que privé, et il est particulièrement d'actualité de nos jours. Mes motivations, sont de connaître comment les émotions soignantes sont impactées, ainsi que les moyens de gestion mis en œuvre avant d'en arriver à l'usage des contentions et donc la pratique de soins sous contrainte, les causes qui peuvent engendrer ou majorer ces situations, les lois qui régissent ces actes et l'enjeu sur les liens d'équipe.

Partant de ces questionnements, j'ai orienté mes recherches sur plusieurs thématiques : le prendre soin dans le contexte des urgences afin d'en définir le cadre, la violence pour cerner son origine et ses formes, les moyens de gestion à disposition des soignants pour enrayer cette violence, de la communication à la contention, ce qui m'amènera à parler du consentement et du refus de soin. De l'impact que cela a dans le prendre soin du patient mais aussi dans le ressenti émotionnel du soignant et de mettre en lumière les mécanismes de défense qu'ils utilisent pour se protéger. À la suite de mes recherches théoriques, j'ai mené deux entretiens auprès de professionnels du milieu des urgences, mais dont l'âge, le parcours et le point de vue diffèrent, ce qui va nourrir mon débat et mon analyse en seconde partie.

Enfin, je comparerais mes lectures, les témoignages des infirmiers et mon vécu professionnel et personnel afin d'y apporter mon point de vue et mes déductions, et de conclure par ce qui nourrit ma curiosité intellectuelle et ce qui me permettra d'améliorer ma pratique professionnelle.

Situation d'appel

Situation N°1

Un homme se présente aux urgences via les pompiers. Il a été retrouvé en état d'ébriété à son domicile, il ne souhaite pas se faire hospitaliser.

Lors du recueil des données à l'entrée entre l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) et les pompiers, ces derniers expliquent être intervenu au domicile familial après un appel de sa femme. Monsieur, avait des idées suicidaires et menaçait sa femme de passer à l'acte car il vit mal son divorce et la séparation avec ses 2 enfants.

Le patient signifie à plusieurs reprises son refus de soins et son souhait de rentrer chez lui. L'IAO lui explique les soins, le fait qu'il doit voir un médecin et qu'au vu de son état d'alcoolisation il ne peut pas partir.

Après plusieurs négociations, explications le ton monte de plus en plus. L'infirmière déclenche le badge portatif pour avoir du renfort afin de maintenir le patient.

Le patient est ainsi contentonné mis dans la file d'attente pour qu'il soit vu par un médecin lorsque son alcoolémie sera descendue. Il négocie une cigarette mais au vu de la surcharge de travail le personnel ne veut pas prendre de risque. Normalement, c'est le personnel de l'unité médico-psychologique (UMP) qui accompagne les patients car ils sont plus formés. Après plusieurs passages je sens que le patient qui c'était calmé, recommence à s'agacer, s'agiter car personne n'entendait sa demande.

Je décide donc, après avoir eu l'accord de l'IDE de prendre ce temps avec lui en fixant des règles.

Lors de cette sortie cigarette, le patient parle, se confie, et commence à se détendre voir à être plus coopérant. Je trouve dommage que lorsque la contention est posée il soit plus difficile pour le patient de se faire entendre, au risque que la tension remonte.

D'où ma réflexion comment considère-t-on un patient en état d'ébriété, d'agitation, ou sous l'emprise de stupéfiant cela lui enlève-t-il toute humanité ?

Comment le personnel perçoit l'utilisation de la contention au service d'accueil d'urgence (SAU) d'un point de vue personnel et professionnel. Quel impact émotionnel cela engendre chez eux ?

Quel impact la relation, l'écoute soignante a-t-elle sur la violence, l'agressivité du patient.

Situation N°2

Un homme arrive aux urgences via les pompiers et la police en état d'ébriété et sous l'emprise de stupéfiants. Il est très agité. On le transfère directement en traumatologie, unité où je travaille et qui reçoit aussi les enfants car la pédiatrie ne gère pas les problèmes traumatologiques. Cette nuit-là l'activité du service est dense, il y a beaucoup de monde, et les enfants sont nombreux.

Le jeune homme est installé dans un box où il est mis en chemise de l'hôpital et ses affaires lui sont retirées avec beaucoup de difficultés pour en faire un inventaire. Le patient nous insulte, nous menace de mort, est très agressif verbalement, la tension est palpable, il ne manque pas grand chose pour qu'il en vienne aux mains.

Nous sommes 4 soignants autour de lui, j'ai un collègue qui le connaît depuis son enfance et aide à ce qu'il coopère. De plus, son frère a été contacté, il prend la route pour venir aux urgences directement. Une demande d'hospitalisation sous contrainte par un représentant de l'Etat a été faite.

Une fois son installation faite nous continuons notre travail et le patient sort du box en slip et commence à parler fort, de manière incohérente, les yeux exorbités et la salive perlante.

Les gens autour sont choqués et au bout d'un certain temps les autres patients commencent à ne pas se sentir en sécurité, surtout avec les enfants.

Nous lui demandons à plusieurs reprises de se calmer, de retourner dans son box, de s'asseoir, de boire un peu d'eau, sans succès.

Je le raccompagne et essaie de discuter avec lui le temps que le médecin appelle l'infirmier psy de l'unité médico-psy (UMP), le service à côté.

Le patient monte en pression et je manque de me prendre un coup.

Notre collègue qui le connaît arrive à ce moment-là et nous le contentionnons pour la sécurité de tous. Cette mise en contention se passe très violemment, Il nous crache dessus, nous met des coups de pied, est insultant...

Cependant, une fois la contention posée, le patient se débat dans tous les sens, manque à plusieurs reprises de renverser le brancard. Il crache. Un masque est posé sur son visage. Il est dans un tel état de fureur que les contentions lui abîment la peau, il hurle sans s'arrêter. Le médecin, excédé épuisé de l'entendre hurler, ferme la porte. Je me demande si son état pourrait induire un arrêt cardiaque ou même le blesser et crains de le laisser seul. Je me rends dans son box, demande au patient de se calmer, je discute pour tenter de l'apaiser mais rien n'y fait, il n'écoute pas. Il baisse le ton s'excuse mais dès que je lui dis que je ne peux pas le décontentionner, il reprend ses excès de violence.

Aussi, je me suis questionnée, sur l'utilité de la contention sans sédation sur le plan physiologique et psychologique, et si elle n'était pas dangereuse au vu des excitants qu'il aurait pris et son état

d'énervement. Je me suis sentie désarmée et impuissante. La complexité de cette situation est la nécessité de contenir le patient pour sa sécurité, celle des autres patients et du personnel, malgré un risque délétère pour sa santé. Ce qui nous amène à un équilibre bénéfice risque qui n'est pas toujours simple à obtenir dans un service d'urgence général.

Questionnements

Les situations vécues durant mon expérience professionnelle et personnelle m'ont permis de me poser certaines questions, pourquoi l'être humain entre-t-il dans une violence, quelles sont les causes qui provoquent cette perte de maîtrise de soi. Mais aussi l'importance de l'impact d'une violence quotidienne sur l'aspect psychologique et physique des soignants et comment font-ils face à ces situations qui sont à l'opposé des valeurs pour lesquelles les professionnels médicaux/paramédicaux se sont formés et qui constituent une place importante dans les soins.

Les motivations concernant mon choix de sujet, ont été de connaître la place de l'affect et des émotions soignantes dans le recours à la contention et dans la gestion des patients violents. Mais aussi l'impact sur l'équipe, d'être confrontée à ces situations de manière répétée.

Enfin comment réussissent-ils à préserver la relation de soins dans des situations violentes et assurer une continuité des soins qui soit la plus optimale possible pour le patient.

Ce qui aboutit à ma question de départ.

La question de départ

« En quoi la violence rencontrée dans les services d'urgence impacte-t-elle le prendre soin infirmier d'un patient non consentant à l'hospitalisation ? »

Cadre théorique

1. Présentation du service des urgences

1.1 Le contexte des urgences

La revue aide-soignante. (2015), précise que la mission principale des urgences est de répondre aux soins d'urgence. Unités de courte durée qui accueillent des personnes de tout âge, de tous horizons, 24H/24H, 7J/7J, qui prend en charge des patients en situation aigüe d'une pathologie médicale, chirurgicale, obstétrique ou psychique.

Le groupe hospitalier Sélestat-Obernai. (2019), mentionne qu'à l'accueil des urgences une secrétaire réalise l'entrée administrative. Pour ce faire, elle relève la carte d'identité, la carte vitale... et remet un formulaire à remplir, mentionnant le nom d'une personne de confiance à contacter.

Cette personne doit être informée qu'elle a été nommée, et sera consultée si nécessaire tout au long de l'hospitalisation.

Ensuite, l'infirmière d'organisation et d'accueil (IOA), se renseigne sur le motif de la consultation, évalue la gravité, prend les paramètres vitaux et prend connaissance du courrier du professionnel qui l'a orienté aux urgences, s'il y en a un. La gravité, ainsi que le nombre de patients déterminent l'ordre de passage et de surcroît le temps moyen d'attente.

Son rôle est aussi d'établir une communication avec le patient et son entourage sur le déroulé de la prise en charge, elle réalise les premiers soins en fonction des protocoles pré établis (prise en charge de la douleur).

Ensuite le patient est transféré vers une salle de soins appropriée aux besoins, communément appelée « BOX », dans le secteur dédié aux pathologies rencontrées telle que, des salles de médecine, de chirurgie, de traumatologie ou encore de déchocage. Une structuration encadrée par l'Art. D. 6124-22. Après cela, un médecin urgentiste ausculte et prescrit les différents examens à réaliser. Ces prescriptions sont réalisées par l'infirmière du secteur. La consultation médicale terminée le patient retourne en salle d'attente. Le temps d'attente peut varier en fonction de nombreuses raisons comme l'attente des résultats d'examen, la consultation ou l'avis d'un spécialiste... Les patients qui consultent peuvent se sentir illégitimes, et délaissés, or les urgentistes ont souvent un flux de patients important à gérer avec parfois des urgences vitales ce qui donnent lieu à une priorisation de l'urgence.

L'autorisation de sortie du service sera validée par le médecin, qui décidera en fonction de l'état de santé, soit d'un retour au domicile, soit d'une hospitalisation, en unité hospitalisation de courte durée

(UHCD). Ce service de courte durée est indiqué lors d'attente de résultat nécessitant une surveillance rapprochée, ou la libération d'une place dans un service de l'établissement ou d'un établissement annexe.

Enfin un service d'urgence psychiatrique peut se trouver à proximité, ce qui permet la prise en charge de patients présentant des troubles psychiatriques quelques soient leurs formes. Le décret du 9 mai 1995 établit l'organisation et les moyens en personnels médicaux et paramédicaux dans les SAU (services d'accueil d'urgence) et les UP (unité psychiatrique). Aux urgences il y a la présence d'un psychiatre 24H/24H et d'une infirmière ayant une expérience dans la psychiatrie, tandis qu'à l'UP, l'équipe médicale doit pouvoir faire intervenir un psychiatre à tout moment. Les urgences sont souvent la première occasion de rencontrer un psychiatre. Toutefois, elles ne doivent constituer qu'un ultime recours et le nécessaire doit être fait en amont par les professionnels de secteur (psychologue, psychiatre, assistante sociale...).

Aussi, je vais développer plus précisément le rôle d'une infirmière aux urgences.

1.2 Définir le travail d'une infirmière aux urgences

D'après le *Guide infirmier des urgences*, (2011), dans les années 1980 les institutions hospitalières ont montré leurs déterminations à améliorer la gestion des flux aux urgences. Pour cela, la création d'un poste d'infirmière d'accueil et d'orientation a vu le jour. Quelques années plus tard le poste est renommé infirmière organisatrice de l'accueil (IOA).

Son rôle a été défini par la Société Française de médecine d'urgence (SFMU). (2004), qui réalise une fiche de poste référente dans les établissements, l'infirmière a pour rôle d'accueillir respectueusement et chaleureusement les patients et les accompagnants, afin de favoriser une relation de confiance qui facilitera le parcours de soins. Son objectif est d'analyser le motif de consultation rapidement, évaluer les besoins et leurs priorisations, afin de faciliter la gestion des flux, et optimiser les délais de prise en charge. Pour cela, elle réalise un recueil de données et effectue un classement par indice de gravité à l'aide d'une échelle de tri (Manchester triage scale)

Urgence vitale ou absolue ⇒ délai 0

Urgence immédiate ⇒ délai < 20 min

Urgence vraie ⇒ délai < 1H

Urgence ressentie ou relevant d'une consultation ⇒ délai variable selon le flux

Ensuite elle oriente vers le secteur de soin le plus approprié (médecine, chirurgie, salle d'accueil d'urgence vitale (SAUV), pédiatrie, obstétrique). Tout en transmettant les éléments recueillis sur le dossier patient en précisant les éléments significatifs pour une meilleure transmission à l'infirmière de secteur. Elle a aussi pour rôle de surveiller et d'informer les patients et les accompagnants afin de les rassurer et d'améliorer le prendre soin. Ce qui m'amène au point suivant.

2. Le prendre soin aux urgences et ses concepts

2.1 Définition du prendre soin

Le concept du "prendre soin", [la Recherche en soins infirmiers]. (2011) est réintroduit par Françoise Collière dans les années 80 son origine anglo-saxonne est connue sous le nom de "care". Sa signification comprend deux sens indissociables, d'une part, une attitude dans la relation de soin (aspect éthique), d'autre part, une action dans le soin (aspect activité de soin).

En France, la place du "prendre soin" dans la profession infirmière est centrale. Elle s'ouvre à d'autres notions comme « la bienveillance », que je vais donc définir, car elle joue un rôle essentiel dans le prendre soin.

2.2 La bienveillance

D'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (2002), la bienveillance se manifeste par l'écoute et suppose attention, intérêt, indulgence et le sens de non-jugement. Elle passe par des paroles, mais aussi une attitude et un regard. C'est un état d'esprit, fruit d'une certaine maturation et c'est indispensable pour créer un climat de confiance.

La revue hospitalière. (2017), mentionne que la présence de soignant d'accueil et de bienveillance au sein des services d'urgence hospitalier, est satisfaisant pour les patients et les accompagnants, il permet une diminution du stress lié aux complexités organisationnelles, au manque d'information et aux délais d'attente et permet de surcroît d'améliorer l'image du service.

La bienveillance s'inscrit dans une démarche de bientraitance, je vais donc faire le distinguo entre ces deux notions qui sont essentielles aux soins et font parties intégrantes des réflexions sur les soins et les pratiques hospitalières.

2.3 La bientraitance

Le mot bientraitance opposé au concept de maltraitance n'existe pas dans les dictionnaires. La bientraitance se situe dans le domaine des sciences humaines et est un concept émergent des années 90 par les professionnels de l'enfance et fait l'objet d'un plan gouvernemental en 2007.

La bientraitance selon la Haute Autorité de Santé [HAS], (2016), est une démarche globale dans la prise en charge du patient, de l'utilisateur et de l'entourage visant à promouvoir le respect des droits et libertés du patients, de l'utilisateur, son écoute et ses besoins, tout en prévenant la maltraitance.

L'Agence Nationale de l'Évaluation de la qualité des établissements et Services Sociaux et Médicaux [ANESM]. (2012), quant à elle définit la bientraitance comme une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs et de la mise en place d'une relation d'aide.

2.4 La relation d'aide

Le CH Vauclaire. (2015-2016), évoque trois philosophes pour définir la relation d'aide.

Selon Rogers. C. (1957), « La relation d'aide est une des formes de relation interprofessionnelle ayant pour vocation de favoriser chez l'autre la croissance, la maturité, une plus grande capacité à affronter la vie, en mobilisant ses propres ressources. »

Pour (Peplau. H, s.d.) La relation d'aide signifie : « Les soins infirmiers permettent le développement de la personnalité d'un patient par le biais d'une relation interprofessionnelle. En parallèle, elle pense que la personnalité de l'infirmier va influencer sur ce que peut apprendre le patient par rapport à son expérience de santé. »

(Watson. J, s.d.) quant à elle, dit : « Le Caring permet aujourd'hui d'affirmer notre identité professionnelle dans un contexte où les valeurs humanistes sont fréquemment et intensément questionnées et bousculées »

Le Caring est une relation transpersonnelle développée par l'infirmière envers la personne soignée. Tout ceci afin de l'accompagner dans sa recherche de sens par rapport à la situation de santé ou de

souffrance qu'elle traverse. Le caring s'appuie sur des valeurs humanistes qui influencent nos attitudes, lesquelles guident nos comportements et notre pratique professionnelle qui devient alors humaniste. »

On constate que ces 3 personnages ont une vision à la fois proche mais différente du prendre soins. En effet, pour Rogers le prendre soin c'est amener le patient à utiliser ses propres ressources, tandis que pour Peplau, la personnalité de l'infirmière va permettre au patient d'apprendre sur son expérience avec la santé. Enfin Watson mentionne que, l'infirmière aide le patient dans sa quête de sens concernant sa situation médicale, en utilisant les valeurs humanistes qui influencent nos attitudes.

Nous allons voir que lorsque ces concepts ne constituent pas la base du soin par des limites institutionnelles, individuelles cela peut engendrer de la violence et de l'agressivité. Tout d'abord il s'agit de déterminer les termes de violence et d'agressivité et de signifier leurs différences.

3. La violence / Agressivité

3.1 L'agressivité

Selon le dictionnaire en soins infirmiers. (2015), l'agressivité est définie, par « l'expression violente d'une personne envers elle-même ou envers autrui. Le comportement social de l'agresseur interfère avec l'harmonie des autres. Diverses théories se sont intéressées aux facteurs soit biologiques, psychologiques, soit sociaux. Les personnes peuvent parfois manifester de l'agressivité pour éviter de vivre de l'anxiété. Une réponse agressive semble éloigner l'objet de la menace, se faisant elle sert à détruire l'objet ou la situation qui provoque l'anxiété ».

3.2 La violence

Le dictionnaire des concepts en soins infirmiers. (2015), définit la violence comme une attitude de protection sans désir de nuire, une réponse automatique contre l'angoisse de destruction. Etymologiquement « violence » signifie « force vitale ». Pour Mauranges. A. (2011), « un patient qui se montre ponctuellement violent, relève plutôt de psychopathologie ».

L'OMS. (2011), évoque la violence comme « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe de

personnes ou une communauté qui risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence. La définition comprend aussi bien la violence interpersonnelle que les comportements suicidaires et les conflits armés. Elle couvre également toute une série d'actes qui vont au-delà des actes de violence physique, incluant menaces et intimidations. Outre la mort et les traumatismes, elle englobe la multiplicité des conséquences souvent moins évidentes des comportements violents, comme les atteintes psychologiques et les problèmes de carence et de développements affectifs qui compromettent le bien-être individuel, familial et communautaire. »

Le terme générique de violence peut recouvrir des réalités bien différentes. Il faut avant tout arriver à définir un langage commun suffisamment large pour englober la majorité des situations vécues par les personnels et les patients mais en étant conscient qu'une part subjective demeure. En effet les réactions ne seront ni perçues, ni vécues par les personnes de la même manière en fonction de leur histoire, leurs émotions personnelles. Mais aussi l'environnement dans lequel la personne évolue, le moment où se déroule la situation et l'équipe dans laquelle est le soignant est intégrée.

3.3 Différence entre violence et agressivité

La différence entre l'agressivité et la violence selon Martel. B. (2008), étymologiquement le mot agressivité vient de l'expression latine "ad-gressere", signifiant "aller vers". Tandis que, l'étymologie du mot violence vient de "violentus" signifiant "abus de force", ou "violare" signifiant "agir de force sur quelqu'un ou quelque chose".

Les critères de différenciation de ces deux entités sont : d'une part, pour la violence un sentiment de toute puissance ou d'impuissance. Exemple : "si je veux, je fais que l'autre soit d'accord ou non" entre dans une logique de destruction (plus rien à perdre).

Pour l'agressivité, sentiment de puissance. Exemple : "sentir sa puissance, ses capacités" donc aller vers l'autre non pas pour le détruire mais pour exister.

Dans l'ensemble des lois sociales ou des règles qui régissent les relations interprofessionnelles, la violence s'accompagne toujours d'une sortie de cadre, alors que l'agressivité peut s'exprimer dans le respect du cadre.

Enfin, pour la violence l'autre n'existe plus, il y a une rupture dans la relation, l'autre ou l'individu devient l'objet à détruire. Or pour l'agressivité il y a conscience de l'autre et rencontre avec l'autre.

C'est deux composantes résultent de différents facteurs que nous allons observer ci-dessous. Voici tout d'abord quelques chiffres.

3.4 Epidémiologie de la violence

Sur les 5 structures déclarant le plus de violence, les urgences sont en 2^{ème} position derrière la psychiatrie avec 16% contre 18% en psychiatrie. Les différentes violences signalées en 2019 ont été répertoriées et analysées dans un rapport de (Organisation Nationale Violence en milieu de Santé {ONVS}, 2020). Le recueil de ces actes a été récolté grâce à une fiche de signalement et échelonné d'après une échelle de gravité tirée du code pénal. Celle-ci est accessible à tous, que ce soit aux patients, à l'entourage ainsi qu'aux personnels de santé, et n'a aucune valeur juridique. 7,8% des établissements qui ont déclaré des violences en 2019, la grande majorité étaient des établissements publics. Sur 81% d'atteinte aux personnes, 21% sont liés à des troubles psychiques ou neuropsychiques. Les violences verbales et physiques s'accroissent particulièrement en psychiatrie et aux urgences, et le risque de passage à l'acte est majoré lors de consommation d'alcool et de stupéfiants.

Tandis que, 19% sont des atteintes aux biens dont 3% représentent des troubles psychiques.

On recense une augmentation du nombre d'individus ayant subi des actes de violence entre 2018 et 2019, ces violences sont commises majoritairement par des patients et des accompagnants. Sur 82% des atteintes aux personnes, 47% sont des infirmiers, ils représentent la majorité. Et les femmes en sont les principales victimes.

Les causes principales de violence que nous allons définir par la suite, sont principalement liées à une insatisfaction de la prise en charge, des refus de soin, l'attente et l'alcoolisation. La grande majorité des cas signalés a entraîné une intervention de renfort humain aux personnels en place, ce qui montre bien la nécessité de développer des formations pratiques sur la gestion de l'agressivité.

3.5 Les causes et les situations menant à la violence

(L'article de la Haute Autorité de Santé {HAS}, 2016) définit la violence comme étant un processus qui mature dans le temps, par étapes et qui est le fait d'une situation dont l'individu a perdu le contrôle. Pour faciliter son désamorçage il est nécessaire de reconnaître les étapes qui y mènent pour agir en amont. Le processus de violence résulte de plusieurs composantes telles que : l'histoire

clinique et personnelle du patient, sa souffrance (angoisse, trouble de la personnalité.), son état d'esprit au moment de la situation, l'ambiance du service ainsi que les circonstances extérieures.

Le rapport mondial sur la violence rapporte en (p13), qu'il existe des causes multifactorielles qui engendrent de la violence aux urgences. Tout d'abord, le temps d'attente qui est parfois long avant de voir un professionnel de santé, le manque de communication qui favorise l'anxiété ou l'angoisse vécu par le patient et son entourage. La douleur peut aussi être un facteur d'agressivité de la part des patients eux-mêmes ou de leurs familles quand celle-ci est insatisfaite de la prise en charge ou la juge insuffisante.

Les pathologies psychiatriques ou les addictions entraînent régulièrement des violences/ agressivités et peut amener à des prises en charge difficile. Enfin les soins sous contrainte (détenus, SDRE soins sans consentement à la demande d'un représentant de l'Etat), ainsi que les personnes en grande précarité sociale (SDF).

Nion. N (2014). Sur l'approche de la violence aux urgences de la Pitié-Salpêtrière en 2012, a mis en avant les facteurs suivants :

- L'attente déjà en 2012, qui était pourtant sur des délais en moyenne plus court que de nos jours soit 4H entre l'entrée et la sortie définitive des patients.
- La douleur, qui cependant aujourd'hui grâce à différentes études menées, permet à IOA de mettre en place des thérapeutiques à visée antalgique dès l'arrivée du patient.
- L'anxiété, face au diagnostic et au pronostic, mais aussi la singularité d'état d'esprit du patient et de son entourage. Il faut dire que l'éloignement des familles (en salle d'attente) et du patient (en zone de soin) constitue une épreuve lors de moments incertains et dont la communication est inexistante.
- Enfin tout ce qui est de la prise en soin des individus souffrants de troubles psychiatriques, cognitives, de l'alcoolodépendance, toxicomanie, ou encore des marginalisés (SDF)

On constate, à travers cet ouvrage que les facteurs liés aux violences sont récurrents d'un article à l'autre. Qu'ils ont peu évolué avec les années, voire se sont aggravés. Avec le contexte politique et économique infligé aux hôpitaux et le développement d'un management tayloriste qui prime depuis 2004, qui repose sur la logique de mesure de la nature et du volume des activités, et non plus sur une autorisation de dépense, selon le Ministère des Solidarités et de la santé.

Ce même ouvrage, explique les facteurs influençant les soignants à faire preuve de violence aux urgences, car les comportements d'un individu à l'autre sont intrinsèquement liés. L'apparition de la

souffrance au travail lié à l'accélération du rythme de travail, aux interruptions de tâche, à l'accroissement du volume de travail, crée un écart entre les valeurs du soignant, ses exigences et ce qu'il peut réellement accomplir. « L'angoisse naît de la tension entre le souhaitable et le réalisable ».

Cette composante qui est le stress permanent lié aux conditions de travail, à la perte de sens dans la réalisation des tâches et aux mépris de certaines valeurs, peuvent engendrer une réponse inadaptée aux patients toujours plus exigeants dans la qualité des soins qu'ils attendent. Cette violence ou agressivité comporte des formes et des niveaux différents qui seront détaillés plus bas.

3.6 Les niveaux, les formes de violence

(ONVS, 2019). Mentionne deux types d'atteinte, soit les atteintes aux personnes et/ou les atteintes aux biens.

Les atteintes aux personnes comportent quatre niveaux :

Niveaux 1 : englobe les insultes, injures, provocations sans menace à caractère discriminatoire ou sexuel, consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibés en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures.

Niveaux 2 : évoque les menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'arme lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présences indésirables dans les locaux).

Niveau 3 : concerne les violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature (armes à feu, armes blanches) ou par destination scalpel, rasoir, tout autre objet ou agressions sexuelles.

Niveau 4 : toutes violences avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, couverts ou tout autre objet : lampe, véhicule, ...) viol ou tout autre fait qualifié de crime (meurtres, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, ...)

Atteintes aux biens répertorient trois niveaux :

Niveau 1 : vols sans effraction, dégradations légères, dégradations des véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis.

Niveau 2 : Vols avec effraction

Niveau 3 : Dégradation ou obstruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale, ...) dégradation par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à mains armés ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil, ...). Ce qui m'amène à contextualiser ce qu'est la violence aux urgences.

3.7 La question de la violence aux urgences

D'après santé publique. (2019), les rapports sociaux à caractère violent sont devenus un problème central dans le quotidien des salariés hospitaliers. Surtout aux urgences qui sont dans les premiers services à déclarer des faits de violence. Les urgences représentent un contexte de stress, d'insatisfaction. Les situations conflictuelles, sont liées aux nombres croissants de patients hétérogènes, une mauvaise communication ainsi qu'une attente trop longue.

(Nion. N, 2012) constate qu'en 2010, on dénombre 25 accidents du travail liés à des agressions envers le personnel, à contrario, aucunes déclarations n'ont été enregistrées faisant état des lieux de violence des soignants envers les patients. Aussi, il est intéressant de traiter des réactions individuelles et personnelles propres à la violence.

4. Les réactions des soignants face à la violence

Chazalet, N & Perrin-Niquet, A. (2014). *Pratiques en santé mentale*, le vécu des soignants face à la réponse faite à la violence est propre à chaque individu, les soignants en fonction de leur vécu vont réagir à cette violence par la sidération, la colère, un sentiment d'impuissance ou encore une déception liée à l'investissement accordé à la prise en charge.

Au moment d'une situation violente, le soignant peut se sentir profondément impacté, et provoquer en lui une charge émotionnelle intense. Le patient et le soignant entre alors dans un rapport de force. On parle d'identification projective, le soignant s'identifie inconsciemment aux éléments archaïques projeté en lui par le patient. Le manque de recul sur la situation fait que le soignant va réagir de manière automatique, et perdre sa capacité de pensée au profit de certitudes, qui vont induire chez lui un processus défensif, ou sa posture soignante va passer au second plan. Ce qui risque fort d'altérer ses capacités professionnelles et l'empêcher de trouver des solutions à la souffrance du patient. Ces situations violentes qui ont échappé aux soignants, entraîne parfois une remise en question sur leurs

capacités professionnelles, encore sur l'institution, ou sur l'équipe qu'ils peuvent rendre responsable par projection. L'unique réponse à la violence passe par l'acceptation de ce symptôme comme manifestations de souffrance, de maladie afin de conserver le socle de la relation de soin.

Lors d'un sentiment d'insécurité, les soignants vont parfois se sentir démunies et utiliser des contentions. Or, une meilleure connaissance et compréhension des mécanismes menant à la violence pourrait permettre des réponses alternatives à la contention.

Différents outils peuvent être utilisés pour palier ou réduire ces violences, qu'ils soient matériels ou humains. Je vais en évoquer certains ci-dessous, avant de définir le consentement et refus de soins qui sont des facteurs importants et qui entraîne parfois des situations de violence dans les établissements de santé comme dans les services d'urgences.

5. Les outils de gestion de la violence

Le soignant qui reçoit la violence à la possibilité, en y projetant un sens d'y faire face. Pour ce faire, il doit être disponible psychologiquement afin d'accueillir la souffrance du patient et être dans une relation de soins. Ce qui demande des capacités d'abstraction de ses soucis personnels, une écoute active, de l'empathie pour avoir la possibilité de prendre du recul sur son ressenti, et adapter ses actions et sa réponse thérapeutique aux besoins du patient. En lui permettant de verbaliser, ou encore de faire intervenir un tiers par exemple comme nous allons voir ci-dessous.

5.1 Le médiateur

Tout d'abord, selon Charrier, P., Buchet-Poyau, K., Delaroche-Gaudin, M., & A. (2019). *Santé publique*. Le médiateur, « crée du lien et participe à un changement des représentations et des pratiques entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Le médiateur en santé est compétent et formé à la fonction de repérage, d'information, d'orientation, et d'accompagnement temporaire. Il a une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Le travail du médiateur en santé s'inscrit au sein d'une structure porteuse, en relation avec une équipe et des partenaires. »

L'article rapporte qu'il est rare qu'un médiateur soit mis en place, à l'hôpital la médiation médicale est utilisée pour gérer les plaintes sous forme de conciliation, aux urgences elle a pour but d'instaurer un climat de confiance, d'apaisement et d'améliorer les prises en charge.

Santé publique a réalisé une étude auprès du personnel de santé pour étudier leurs représentations de la médiation. Pour ces entretiens, ils ont interviewé des professionnels de quatre services d'urgence, leur vision de la médiation a montré quatre thématiques.

En premier lieu, la gestion des conflits par l'intervention d'un intermédiaire pour trouver des solutions, ou compromis. Dans un second temps, une construction ou reconstruction du lien social entre les soignants et les patients ainsi que leur famille. Troisièmement, un apaisement des relations et des tensions. Enfin, une position d'extériorité, de neutralité, d'impartialité du médiateur. C'est un dispositif, permettant une transmission d'information plus efficace et pertinente entre les patients et les soignants. Les missions du médiateur pourraient être selon les soignants d'informer, de communiquer au sujet de la prise en charge des urgences, informer sur les questionnements de celle-ci et de prévenir des conflits, des tensions en agissant au moment où les signes conflictuels sont évidents (cris, insultes, gestes violents). Les points faibles qui sont ressorti, c'est que le médiateur n'a aucune connaissance du milieu médical, de ce fait, il faudrait du temps pour transmettre les informations, impliquerait une levée du secret médical et induirait une concurrence entre professionnels.

Selon, solidarité-santé.Gouv,(2019), les soignants sont partis de trois constats : la communication est un acte de soin quotidien et un élément central du soin. C'est un des facteurs principaux de satisfaction ou d'insatisfaction des usagers, qu'ils soient patients ou accompagnants. Les usagers ont le droit à une information claire et loyale, adaptée et personnalisée, notamment, lors de situations graves avec un impact émotionnel important. Les soignants (médicaux, paramédicaux) ont un souhait de bienveillance et reconnaissent la communication comme un élément essentiel de leurs activités. Mais ils considèrent que leurs compétences de communication sont souvent insuffisantes surtout lors de situations de communication difficile. Ce qui est source de stress. Les soignants expriment un besoin important de formation dans ce domaine.

5.2 La communication

La communication est définie selon le dictionnaire du Larousse (s.d.), comme : « l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage, échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse (Feedback). »

L'unité d'enseignement 4.2, définit la communication comme : « L'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue l'opération de mise en relation d'une ou plusieurs personnes (émetteur) avec une ou plusieurs personnes (récepteur), en vue d'atteindre certains objectifs. » (Anzieu. D et Martin. J.Y, s.d.).

En découlent deux types de communication qui sont indissociables, la communication verbale et la communication non verbale.

La communication verbale désigne l'ensemble des éléments d'information transmis par la voix lors d'une situation de communication. Tandis que la communication non verbale correspond à l'expression du visage et aux postures du corps que l'on adopte : c'est le langage du corps. Le langage non verbal et le langage paraverbal ne sont pas toujours congruents avec le langage verbal.

Je vais développer ci-dessous des techniques de communication non verbale selon la méthode de Marshall. Rosenberg qui selon lui est une méthode qui repose sur une pratique du langage qui renforce notre aptitude à conserver nos qualités de cœur, même dans des conditions éprouvantes. Le processus de communication non violente peut être utilisé de trois manières :

- Communiquer avec soi-même pour clarifier ce qui se passe en soi
- Communiquer vers l'autre d'une manière qui favorise la compréhension et l'acceptation du message
- Recevoir un message de l'autre, l'écouter d'une manière qui favorise le dialogue quelle que soit sa manière de s'exprimer

Pour que ce processus favorise réellement une coopération et le dialogue, cela suppose :

- Une attention au moment présent
- Une intention claire de favoriser le dialogue et la coopération

D'après Rosenberg, l'attention et la bienveillance envers autrui sont les clés d'une communication non violente. Cela implique une connaissance de soi, pour maîtriser ses émotions afin d'entendre les besoins des autres. Dans son ouvrage « les mots sont des fenêtres », il explique que la communication non violente, permet de focaliser l'attention sur quatre éléments : l'observation d'une situation, les sentiments qu'elle éveille en nous, les besoins liés à ces sentiments et enfin les demandes concrètes pour satisfaire nos besoins. C'est un outil de communication qui nécessite des qualités d'écoute, de respect, d'empathie pour permettre une meilleure compréhension des besoins propres d'un individu ou des autres. Il fait part, du fait de ne pas émettre de jugement moralisateur, de ne pas mélanger observations et évaluations car l'interlocuteur risque fort de se sentir agressé.

Ce livre, est une idée d'outils de communication à utiliser dans les soins, qui sont régulièrement impactés par la violence ou l'agressivité, qui peuvent être liés à un défaut de communication. Les limites de cet outil sont le temps et le recul nécessaire dans des situations qui se déroulent dans un environnement déjà tendu par le caractère urgent, le manque de personnel, le surnombre de patients. Mais pourrait être utilisé comme outil de formation pour que ce soit un automatisme acquis par le personnel. Cependant, d'autres moyens de protection peuvent être mis en place dans un but de protection des personnes.

5.3 Les mesures de protection des personnels

Pour les structures : l'accès aux zones de soin doit être réglementé, avec une configuration de l'espace et un aménagement adapté. (Pas de portes battantes, systèmes de badges.). La mise en place d'un circuit d'accueil parallèle pour certaines personnes (détenus). Mais aussi le remaniement des zones d'accueil pour améliorer la prise en charge (disposition améliorer du positionnement de l'IAO, des salles d'attente plus accueillantes...). Pour les effectifs du personnel, il est nécessaire de remonter systématiquement tout incident afin de pouvoir adapter les effectifs et matériaux de protection, du type, travail en binôme, dispositif d'alerte individuel et portatif ou encore plexiglass. Aussi, pour les formations qui sont pour certaines obligatoires, il est impératif que celles proposées soient en adéquation avec le vécu sur le terrain. Pour cela il faut établir des constats de ce qui se passe sur la réalité du terrain. Les équipements sont essentiels aux personnels de santé qui se retrouve souvent seul. De plus les équipements permettent de réduire le sentiment d'insécurité, qui amène souvent le professionnel à l'utilisation de la contention chez les patients non consentants aux soins. Et qui peuvent se montrer réfractaires. Pour en parler, je vais d'abord aborder le consentement et le refus de soin et l'ultime recours pour y faire face.

6. Le consentement

6.1 Définition du consentement

La loi du 4 mars 2002 mentionne que le principe de bienfaisance ne suffit plus, le malade acquiert le droit à l'autonomie. Le médecin est bien toujours porteur du savoir, mais il doit le partager avec son patient quand il s'agit de son état de santé pour ainsi, pouvoir établir un contrat de confiance

et prendre avec lui les décisions concernant sa santé. C'est le devoir d'information qui va permettre le consentement aux soins du patient ou bien son refus, corollaire du consentement.

Paillard, C. (2016). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. Le consentement est un acte moral et intellectuel. Il permet au patient ayant reçu toutes les informations nécessaires sur sa santé de prendre sa décision de manière libre et éclairé, d'accepter ou non les soins.

Je vais évoquer le refus de soins, évènement régulier dans les services d'urgences.

6.2 Les limites du refus de soin

Pour les patients dont les capacités cognitives sont altérées, le soignant peut se fier à son expression du consentement ou du refus. La loi dit : « Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être prodiguée sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille ou à défaut un de ses proches n'ait été consulté. » Pour les personnes atteintes de pathologies psychiatriques en situation de crise. Le soin doit s'appliquer en considérant que le patient est dépossédé de son libre-arbitre et qu'il met sa vie en danger. Les décisions le concernant lui seront expliquées ultérieurement. Le médecin se doit de le mettre hors de danger.

Pour les troubles chroniques, le patient doit pouvoir exprimer son choix devant une information claire, loyale et adaptée. Ainsi, le médecin ne devrait pas passer outre le refus du patient, cependant, lorsqu'il s'agit de la prise en charge de maladie mentale, et que le médecin pense que son patient se met en danger, le régime d'hospitalisation en psychiatrie sans consentement peut alors s'appliquer. Quant à la prise en charge aux urgences d'un patient alcoolisé, la loi ne prévoit pas d'exception. C'est-à-dire que le patient est libre de choisir. Mais quelle est la valeur de son refus de soin ? celui-ci reste à l'appréciation de l'état clinique du patient par le soignant.

Prenons le cas d'une personne arrivant aux urgences en état d'ébriété souhaitant mettre fin à ses jours. En cas de non-consentement à l'hospitalisation, le personnel ne peut pas le laisser cliniquement sortir car il y a un danger imminent pour sa vie, ainsi qu'une incapacité cognitive d'intégrer des explications claires et adaptées qui lui seront fournies sur les conséquences qu'il encourt. Aussi dans le cas d'un patient en état d'ébriété à caractère violent la nécessité de prendre des mesures sans consentement est régulièrement requise.

La loi de modernisation du système de santé. (2016), stipule « l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin... »

La contention mécanique est l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels, ou vêtements, empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou une partie du corps, dans un but de sécurité, pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.

La contention doit rester exceptionnelle et ne doit être utilisée qu'en dernier recours. La mesure doit être pleinement justifiée par des arguments cliniques.

Méthodologie

Les objectifs des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé sont de répondre à des problématiques, et formuler des hypothèses concernant la question de départ, ainsi que de compléter mon cadre théorique. Pour ce faire, j'ai interrogé deux professionnels de santé.

En premier lieu, une infirmière expérimentée, d'une vingtaine d'année, uniquement en psychiatrie et qui travaille actuellement dans la filière psychiatrique des urgences. Dans un second temps, un jeune infirmier diplômé d'un an, qui travaille dans le service des urgences depuis quelques mois.

En effet, avoir le retour d'expérience de ces deux professionnels, m'a permis d'apporter des éléments supplémentaires à mon questionnement ainsi que d'alimenter mon cadre théorique, mais aussi d'avoir une vision de deux professions similaires, avec des spécialités différentes. Cela permet de mettre en lumière leur manière de prendre en charge les patients violents en fonction de leur spécialité et de leur formation et l'impact sur leur profession et leur vie personnelle.

Mon choix d'entretiens, c'est porté sur une discussion semi-directive. Pour cela, j'ai pris contact avec les cadres des urgences par mail, que j'ai obtenu via mes formateurs. L'information a été diffusée aux équipes, puis ceux qui étaient intéressés m'ont recontacté par mail.

Pour mener à bien mes entretiens, j'ai réservé dans un premier temps une salle au sein de l'IFSI pour mon premier entretien, et dans un deuxième temps, je me suis déplacé sur le lieu de travail de l'agent

qui avait réservé une salle. Les enregistrements se sont faits à l'aide du dictaphone de mon téléphone, après accord des professionnels et ne seront pas conservés à l'issue de mes retranscriptions.

Les points forts sont que les professionnels ont montré un intérêt pour mon sujet, ce qui a permis d'alimenter mon analyse. Les points faibles sont divers. Pour la partie technique, je dirais que c'était de m'assurer du bon fonctionnement de mon dictaphone lors des deux entretiens, ainsi que le respect du temps imparti. Ils ont duré environ 45 min. Avec du recul, j'aurai pu optimiser la manière dont j'ai mené mes entretiens. Par exemple, lors du premier entretien, j'ai rencontré des difficultés à recadrer la conversation, sans que celle-ci soit hors sujet, mais qui a complexifié le tri et l'analyse en aval. Lors du second entretien, beaucoup de choses intéressantes ont été dites à l'issue de l'enregistrement, que je n'ai pas pu inclure dans mon mémoire, à regret. Par conséquent, je n'ai pas suffisamment réussi à approfondir certains points.

Analyse des entretiens

Pour l'analyse des entretiens, je vais tout d'abord développer le point de vue des soignants sur la violence et l'agressivité. Pour ce faire, je vais nommer des pseudonymes afin de respecter l'anonymat des professionnels de santé qui ont eu la gentillesse de témoigner. Soit IDE 1 = Astride et IDE 2 = Louis

1.1 Caractéristiques et nature des violences

Je peux constater au travers de la lecture de mon tableau d'analyse, que pour Astride et Louis les types de violence des soignants sont principalement des violences verbales. En effet, Astride précise, « parfois le ton monte », « des réponses parfois sur un ton qui peut paraître agressif », et Louis quant à lui, mentionne dans ses propos « au bout d'un moment tu n'es plus agréable ». Aussi pour les causes menant à la violence des professionnels, on constate que c'est la fatigue qui prédomine pour les deux soignants. Astride mentionne aussi d'autres facteurs comme, la pression temporelle, le manque de formation, le manque d'expérience et le turn-over important des soignants qui ne restent pas longtemps. Louis parle du manque de connaissance, ou d'information sur la fiche de poste du terrain à l'embauche.

De plus, lors de la comparaison des types de violence émanant des patients, les deux soignants évoque également des cas de violence verbale majoritaires mais aussi des cas d'atteinte physique. Concernant leurs manifestations, Astride dit : « La petite mamie qui s'agrippe, les morsures, les crachats, les

traitements dans la figure... », « Mais aussi une escalade de la violence qui se manifeste par le passage du vouvoiement au tutoiement, l'entrée dans la proxémie, les menaces, les insultes ». Tandis que Louis fait essentiellement référence aux agressions physiques envers les collègues et aux réflexions désagréables qui sont régulières.

Les causes principales de ces violences sont pour les deux soignants l'alcool, les toxiques, les pathologies psychiatriques, l'impatience lié à l'attente souvent longue mais aussi l'incompréhension organisationnelle des soins débouchant au refus de soin. Astride fait allusion, dans sa profession d'infirmière en psychiatrie, des causes liées aux troubles de la personnalité qui induisent des interprétations, des délires, des persécutions, des hallucinations, mais aussi des personnalités intolérantes à la frustration. Elle mentionne aussi les contraintes structurelles, où il y a une forte proximité dû à la densité de personnes, et les lieux clos. Enfin, la perte de liberté car lors de leur passage aux urgences, les gens ne peuvent pas aller et venir pour boire un café, ou fumer. Louis évoque pour sa part, la détresse sociale mais aussi, l'agitation, l'énerverment des familles qui entraîne une montée crescendo de la tension, enfin un dernier paramètre, la barrière de la langue, qui engendre l'incompréhension de la prise en charge.

Les deux professionnels semblent s'accorder, sur l'ensemble de la nature des violences et leurs caractéristiques dans les services d'urgence, qu'elle soit du soignant envers le soigné ou inversement, et que la violence est majoritairement verbale et liée à des causes variées.

1.2 L'impact émotionnel de la violence dans les soins

Lorsque je les ai interrogés sur l'impact de la violence aux urgences dans leur profession, Astride m'a confié que c'était plus compliqué à vivre pour les soignants des urgences, que pour ceux issus de la psychiatrie, elle dit : « c'est ce qu'ils disent, ce que j'entends » « les urgentistes c'est plus compliqué pour eux, les psychiatres c'est notre travail » « ils mentionnent qu'ils n'auraient pas pu faire de la psychiatrie. » C'est aussi ce savoir dire au patient : « je ne peux pas travailler dans des conditions comme ça, on est ensemble c'est pour travailler ensemble ». Elle précise que, La personnalité individuelle joue sur le vécu, et que la fatigue se fait ressentir chez le personnel ce qui implique le turn-over important aux urgences, car c'est un poste qui use, et les patients violents mettent en difficulté les équipes qui n'en peuvent plus et qui ne trouvent pas de sens dans ce type de soin. Enfin pour les infirmiers issus de la psychiatrie, ils se retrouvent à accueillir la parole des soignants alors qu'eux-mêmes se sont retrouvés confronté à cette situation de violence.

Louis parle d'imprévisibilité, il dit : « Il peut se passer n'importe quoi, n'importe quand », et de la nécessité de passer le relais : « toute l'équipe ne voulait pas voir ce patient », « ils l'ont directement emmené dans mon secteur c'était pour les soulager eux ». Il parle aussi d'une perte de sens dans la profession. Il dit : « au bout d'un moment tu considères que ton travail c'est du gardiennage », ou encore : « si on mettait un agent de sécurité à notre place ça ferait exactement pareil », « tu te demandes ce que tu fais là, la valeur de ton diplôme ». Les conséquences de la violence lors du prendre soin sont l'image que tu vas avoir du patient dans un premier temps, et la motivation à le prendre en charge dans un second temps, même si tu restes professionnel il y aura forcément un impact négatif. Enfin, il mentionne un impact positif c'est l'entraide, le soutien entre équipe. Il dit : « c'est une des valeurs importantes ! si on ne se soutenait pas il y aurait plus d'urgences ».

En ce qui concerne les émotions ressenties lors des entretiens, Astride dit qu'ils essayent que ça se passe au mieux, et qu'il y a différents aspects à bien le vivre. Elle évoque : « je n'ai pas de souci avec ça ! », « je n'ai jamais eu de souci avec ça ! », pour elle une fois sa journée terminée, elle passe à autre chose. Ce qu'elle met en place lui permet de ne jamais s'être fait agresser. Dans sa pratique, elle ne se sent pas concernée par cette agressivité, car elle part du principe qu'ils ne la connaissent pas personnellement. Donc elle dit : « ils ont beau m'insulter, ça ne me touche pas, ce n'est pas moi c'est la fonction ». Elle arrive à prendre du recul par sa personnalité et son expérience.

Quand elle confronte sa pratique avec des infirmiers des urgences générales, elle mentionne une différence de vécu des émotions. En effet, les infirmiers des urgences ont plus tendance à être dans l'action, donc on agit et on passe à autre chose, la situation est réglée quand la personne sort des urgences.

Louis parle d'épuisement des soignants. Il précise que la violence n'est pas anodine et que ça reste dans un coin de la tête. Il a du mal à prendre du recul sur toutes les situations, et à passer outre il dit : « c'est épuisant moralement et physiquement », Il rajoute un point, sur le fait de ne pas apprécier son lieu de travail, il dit : « ce n'est pas un poste qui me plaît », « je n'ai pas le profil d'urgence », « je ne suis pas fan de la psychiatrie, de l'addictologie ». Je trouve que c'est un service où il y a beaucoup de violence, c'est très fatigant.

Il en résulte que l'impact émotionnel n'est pas le même chez les deux soignants, d'une part du fait de leur spécialisation et leur conception du soin, et d'autre part, de leur caractère et de leur perception individuelle. Aussi, d'un côté, nous avons une soignante qui se protège et prend du recul face à ces situations, de l'autre, un soignant épuisé et qui ne souhaite pas rester dans ce type de service pour ces raisons.

1.3 L'impact sur les patients

L'impact de la violence pour les patients selon Astride, est un sentiment d'incompréhension de leurs émotions comme : « les gens ont un sentiment d'urgence et aux urgences on vous dit, bah non ce n'est pas une urgence », « ils ne veulent pas rester, ils veulent partir, sont dans le refus de soin ». Aussi, ils ressentent un manque d'écoute aux urgences. En effet, ils sont amenés à voire plusieurs intervenants et à répéter plusieurs fois la même chose, c'est compliqué pour eux. « Les gens bouent, s'impatientent, sont fatigués. » Pour l'ensemble des patients des urgences, assister à des scènes de violence, ça dérange tout le monde, ils sont confrontés à ces situations contre leur gré. Ils ne sont pas venus là pour ça.

Louis précise que l'impact après coup pour le patient qui a fait preuve de violence, est un sentiment de culpabilité. Il ne se prononce pas plus sur le sujet.

Louis et Astride ont abordé un thème de manière différente, c'est-à-dire que pour Louis certains n'ont pas conscience de leurs pathologies ou ressentent de la culpabilité. Tandis que, pour Astride leur comportement fait partie intégrante de leur personnalité.

1.4 Le respect de la dignité

Nous avons aussi abordé la dignité du patient. Pour les deux soignants, il existe des défaillances dans le respect de la dignité, comme contentionner les patients sur un brancard et dans un couloir à la vue de tous.

Louis précise que certains patients au vu de leurs comportements et de leurs états sont vus brièvement, car l'équipe a l'habitude de leurs passages.

Astride elle, va plus loin et mentionne aussi le manque de discrétion professionnelle. Elle dit : « parfois l'infirmière des urgences dit c'est l'infirmière de psychiatrie tout fort dans le couloir », « tout le monde est au courant ». Elle parle de la manière d'amener un soin, sur un patient en état d'ébriété pas toujours dans le respect de la dignité du patient « déshabillez-vous, on n'a pas que ça à faire, on a du monde derrière ». Il existe aussi une atteinte de la dignité qui se manifeste par la privation de liberté des patients. Elle dit « on les retient contre leur volonté », « plein de règles qui ne sont pas en accord et viennent se confronter les unes aux autres ».

Les deux soignants sont sans équivoque quant au manquement du respect de la dignité et de la difficulté pour la mettre en œuvre en une fois le manque de structures adaptée, de personnel, et la gestion de flux important de patient associé au manque de temps, engendre des difficultés au maintien de l'éthique.

1.5 La communication et le prendre soin

Dans leur témoignage, il ressort que lors de la gestion du patient pendant la crise, les deux professionnels disent temporiser, canaliser par des explications, des négociations, toujours en privilégiant la parole.

Louis explique que d'isoler un individu violent des autres, le surveiller le temps qu'il se calme, permet de temporiser. Ce qui aide aussi, c'est la connaissance de certains patients, du fait de leurs nombreux passages, qui permet au personnel d'anticiper, car ils connaissent leur façon de réagir. Il parle de la collaboration avec la psychiatrie qui est une aide à part entière. Il ajoute : « j'ai juste à les appeler et ils sont là ». Les professionnels sont d'accords sur le fait de retourner voir les patients le lendemain ou une fois qu'ils ont dégrisé et refaire un point avec eux. Pour les patients qui n'ont pas conscience de leurs troubles, c'est plus compliqué, d'autres vont comprendre et s'excuser de leurs comportements. « Tu essaies de discuter avec eux, d'avoir leurs ressentis et créer une alliance thérapeutique qui se fait pour certains uniquement aux urgences, car une fois sortis ils recommencent à s'alcooliser et reprennent leurs habitudes. », « Tu fais passer différents intervenants qui peuvent les aider sur du plus long terme comme les assistantes sociales ou encore les addictologues. »

Astride, évoque l'importance de l'écoute, et de travailler sur le fait de ne pas aller en escalade, pour éviter ça, mettre en place des stratégies de questionnements, pour comprendre comment se sent le patient à l'instant « T », ce qui demande donc d'avoir une bonne connaissance de la clinique. Elle insiste aussi, sur le fait de ne pas mentir au patient, toujours lui dire la vérité, et dire les choses au fur et à mesure. Elle évoque le fait de faire intervenir un tiers dans une situation qui monte en escalade, mais aussi d'arrêter un entretien ou de faire intervenir des collègues, si danger il y a, ainsi que la réévaluation pour l'administration de traitement pour apaiser.

Pour les deux soignants, la communication est indispensable dans une prise en soin adapté et un évitement d'actes violents. Le « prendre soin » réside dans le dialogue, quand cela est possible.

1.6 Les outils de protection psychologique du personnel

Les outils en place pour les deux soignants, sont le travail en équipe qui permet de rediscuter des évènements entre collègues. Aussi d'avoir la psychiatrie à côté, et de pouvoir en discuter avec l'infirmière de psychiatrie ou le psychiatre, si présents lors de la situation.

Astride mentionne la présence d'un psychologue, la médecine du travail comme moyens mis à leur disposition. Cependant, elle envisagerait plus de formations, d'échanges obligatoires, et de débriefing.

Louis, trouve que la verbalisation se fait sur du temps de pause, il ne s'accorde pas le temps, sauf si une situation est trop compliquée, il dit qu'il se pose dans un coin pour en parler. Il précise quand même la solidarité des équipes, et le fait que personne ne soit fermée à la discussion mais évoque un manque de temps. Il mentionne plus d'effectifs par exemple pour prendre le relai au téléphone, ou encore l'inclusion des familles sous certaines conditions afin de faciliter les soins et dégager du temps.

Les deux professionnels mentionnent l'importance de la communication interpersonnelle post traumatique et du manque de moyen effectif pour palier à cette violence qui pourrait selon eux être contrée par plus d'accès à la formation, du personnel en nombre, ce qui soulagerait leur quotidien pour affronter ces situations.

1.7 Les outils de gestion de la violence

Pour Astride, qui est issue de la filaire psychiatrique aux urgences générales, du point de vue de la législation, a accès au dossier psychiatrique et médical, ce qui facilite les recueils de données et permet de rechercher la personne à prévenir, de confiance pour les informer de la situation. Elle mentionne les différentes possibilités d'orientation à disposition des professionnels à savoir le retour à domicile, l'hospitalisation en soin libre, l'hospitalisation sous contrainte. Pour cette dernière elle précise que la recherche d'un tiers est obligatoire, c'est la loi. Sur la contention, elle dit : « j'ai le droit de contenir sans prescription, si danger imminent et possibilité de la justifier. Le médecin valide ou invalide la contention par la suite. » Elle précise que les urgentistes ont plus tendance à utiliser la contention physique et chimique que les psychiatres.

Concernant les formations et techniques de protection, Astride insiste sur l'utilité des formations, et de les solliciter au fil de la carrière professionnelle, donc acquérir de l'expérience. Elle évoque le déroulement des points qu'elle trouve essentiels, concernant les formations qu'elle a pu avoir, à savoir travailler sur la clinique, sur l'entretien infirmier, sur le positionnement, d'avoir pour objectif la mise

en sécurité de tout le monde, ce qui passe par différentes techniques, dont elle a pu bénéficier lors de l'intervention d'un policier au cours d'une de ses formations, soient les suivants :

- Repérer la porte
- Ne pas se mettre dans un angle
- Garder une distance, respecter la proximité
- Leur demander leur avis
- Avoir les bras las, pas les mains dans les poches pour se défendre
- Faire attention à son positionnement
- Prévenir ses collègues, ne pas y aller seul
- Ne pas tourner le dos

Elle parle de l'introduction d'un tiers lors d'une escalade entre un professionnel et un soigné, comme par exemple : prévenir la sécurité dans un but de dissuasion et de sécurité du personnel.

Pour Louis, les moyens de protection sont les collègues sur place, la communication pour temporiser et les contentions si le patient est trop violent, sinon il mentionne « l'utilité d'un badge en cas de danger, et fait également référence au service de sécurité ». Il dit aussi qu'ils peuvent changer le patient de secteur, et passer le relai et met en avant l'entraide entre collègues. Louis précise que les contentions doivent être utilisées qu'en derniers recours et associés à des surveillances particulières.

Concernant les contentions, les deux soignants précisent, qu'il y a toujours association de contention chimique et physique.

On constate un déséquilibre de formation entre les deux soignants, car malgré des règles institutionnelles, il semble que les outils de gestion de la violence soient inégaux d'un soignant à l'autre, ce qui crée des situations aléatoires. En effet, Astride a des techniques basées sur la posture, la communication alors que pour l'autre soignant, il semble favoriser les techniques d'alerte et de renfort, dû à son manque de formation, mais qui est insuffisante pour une gestion et maîtrise optimale des cas difficiles.

1.8 Les limites liées à l'institution

Pour terminer nous avons évoqué les limites de l'institution. Louis parle du manque d'effectifs permanent : « on revient très souvent sur nos repos », du nombre accru de passages aux urgences : « il y a beaucoup, beaucoup de passages actuellement aux urgences », des difficultés structurelles. Il dit : « on a du mal à passer dans les couloirs, il y a du monde, on pique entre deux brancards, pour passer pour les soins c'est compliqué... » ; le manque de temps, la surcharge de travail : « je peux

accueillir maximum 7 patients dans mon secteur, mais on peut monter beaucoup plus haut », « il faut qu'on se dispathe un peu partout », « tu es tellement pris dans le rush ». Il regrette aussi le manque de personnel spécialisé 24h/24h, tel que les addictologues ou simplement des traducteurs dans le cas où le patient ne parle pas la langue. Il exprime également un sentiment d'insécurité et de désinformation : « on n'a pas de moyens mis en place pour notre sécurité, c'est nous qui gérons ». Le fait que lors des entretiens d'embauche, on ne dise pas clairement l'intitulé du poste pour lequel on va être affecté, le gêne particulièrement.

Pour Astride, le manque de soutien de la structure ressort comme : « tu peux porter plainte, mais c'est compliqué car sur une plainte c'est ton nom et ton adresse qui apparait. » Elle évoque elle aussi, le manque de formations, ou insuffisantes, le manque d'expérience, le manque de temps, le nombre accru de patient, « on a des admissions toute la nuit », « on a déjà pas mal de prise en charge », la complexité des lieux : « nos patients sont dans plusieurs endroits », mais aussi la pression « pour faire sortir les gens tout de suite », afin de désengorger le service. Il y a aussi le fait que personne ne soit responsable des gens violents, alcoolisés, il n'y a pas le personnel adapté pour eux et une complexité dans le fait qu'on ne puisse pas les laisser partir alcoolisés. « Du point de vue médicale on ne peut pas les laisser sortir, tant qu'ils n'ont pas dégrisé. »

On constate que les limites posées par les institutions impliquent des difficultés pour les équipes de mener à bien leur prise en charge, et les deux soignants se rejoignent à ce sujet. Avant tout, avoir un personnel avisé sur son travail, des formations sur les outils de gestion de crise et de communication, et un effectif majoré, amélioreraient les conditions de travail et réduiraient potentiellement les incidents violents.

Discussion

Je vais confronter les deux entretiens que j'ai réalisés, avec mes recherches dans la documentation pour mon cadre théorique, tout en émettant un avis et en me projetant dans ma future pratique professionnelle. Le but, est de voir s'il existe une corrélation entre les points abordés et les témoignages afin d'affiner et d'améliorer ma pratique au quotidien ainsi que mon esprit critique.

2.1 Violence/agressivité

Pour commencer, j'ai d'abord fait un constat simple, les deux professionnels ont parlé essentiellement de violence plutôt que d'agressivité. Je me demande si les deux ne s'imbriquent pas finalement, car Brigitte Martel, définit étymologiquement la violence comme : « un abus de force », et l'agressivité, « aller vers », et peut-être que l'agressivité peut être les prémices de la violence et si la phase agressive du patient n'est pas questionnée, maîtrisée, il est alors fort probable que celle-ci se transforme en violence.

Or les limites de l'institution ainsi que les limites individuelles, font que si au moment de l'agressivité, période où le patient exprime une angoisse (moyens de protection) tout en restant dans le cadre, celui-ci n'est pas entendu, ou écouté par le professionnel, ou tout simplement que le professionnel se sent lui-même agressé, alors la communication va être altérée et la tension va monter. Ce qui risque fortement de se transformer en violence. Avec ce sentiment de toute puissance que ce soit du patient qui va refuser les soins ou du professionnel qui va imposer les règles de l'institution.

Lors d'épisode de violence je me suis souvent fait la réflexion, pourquoi ne pas prendre plus de temps. Ecouter, entendre la souffrance, le refus du patient, lui laisser un temps pour formuler ses angoisses, ses désirs. Pour moi, cela pouvait permettre de désamorcer une montée en escalade, ou en tout cas c'est une chose que l'on se devait d'essayer.

2.2 La violence : à chaque soignant son ressenti

Les témoignages des professionnels montrent qu'ils essayent toujours de canaliser, temporiser en privilégiant le dialogue. Mais je constate au fil de mes entretiens que les soignants suivant leur expérience et leur spécialité n'ont pas le même ressenti face à la violence. Et que les conditions de travail actuel ne favorisent pas l'apaisement.

En effet, je réalise qu'ils n'ont pas les mêmes types de formation, ni la même culture « du débriefing » que ce soit pour dédramatiser une situation qui peut avoir un fort impact émotionnel ou simplement pour améliorer leur pratique professionnelle dans la manière d'aborder la situation.

Pour Louis, ils n'ont pas le temps pour discuter. Sauf si c'est une situation de grande violence. Alors que Astride elle trouve que c'est essentiel pour prendre du recul de pouvoir en rediscuter en équipe, et constate que pour le personnel des urgences générales ces situations sont plus difficiles à vivre. J'ai

également constaté au travers un article de cairn, que si les situations violentes n'étaient pas rediscutées, alors il était fort probable que ça entraîne un impact sur les capacités professionnelles, mais aussi sur le prendre soin car le professionnel va entrer dans un processus défensif et à plus long terme entraîner une remise en question de ses capacités à réaliser ce métier.

Je trouve pour ma part, que le fait de rediscuter en équipe représente une grande maturité professionnelle et permet de dédramatiser des situations qui nous impactent tous, mais de manière différente selon notre vécu. De ce fait, confronter plusieurs expériences et ressentis, permet d'optimiser les prises en charge, dans la bienveillante et la bientraitante, du patient qui dépasse les limites.

2.3 La violence : des formations professionnelles pour mieux réagir

L'accès à la formation sur la gestion de l'agressivité et les staffs ne sont pas obligatoires. Pourtant Astride qui a fait sa carrière auprès des populations en psychiatrie, a eu accès à des formations tout au long de sa carrière, elle sait mettre en place des techniques de protection physique et psychologique. Tandis que Louis qui n'a eu aucune formation ressent une perte de sens dans sa profession malgré sa jeunesse professionnelle.

C'est pourquoi, je trouve que c'est une dynamique qui devrait être instaurée par le cadre du service. En ce qui me concerne, je pense que ça pourrait renforcer le sentiment pour le professionnel d'être soutenu, entendu et favoriser un climat de bienveillance. Car lors de mon expérience d'aide-soignante, ce manque de soutien de la hiérarchie favorisait le sentiment de mal être au travail et impactait aussi les réactions des professionnels qui se sentaient incompris.

En favorisant certains outils comme des formations pratiques, dès le début de la prise de poste, des échanges d'expérience, ou encore l'intervention d'autres professionnels qui ont déjà eu à gérer des situations de violence comme l'évoquait Astride, cela permettrait aux professionnels de s'en imprégner dans leurs pratiques et devenir un automatisme, qui les aideraient au quotidien.

Pourquoi ne pas former plus spécifiquement les professionnels des urgences à ces formations et développer des temps de communication pour leur permettre d'affronter les situations dans un climat plus sécuritaire.

L'auteur Marshall Rosenberg, dit que la communication non violente est un outil utile pour éviter la montée en escalade. Il parle, de savoir reconnaître ce que la violence du patient projette en nous lors

de situation complexe, afin de mieux comprendre les besoins des autres. Et l'utilisation de formation du type : « communication non violente » pourrait devenir une pratique quotidienne et améliorer la communication entre les soignants et les patients et de surcroît leur condition d'exercice.

Aussi l'intervention d'un médiateur formé dans la santé ou non, permettrait malgré la complexité du secret professionnel, de soulager les personnels soignants en poste, occupés sur d'autres secteurs, et activités, et qui n'ont pas le temps de gérer ces types de problème. Lorsque la pression monte entre les individus, l'intervention d'une personne intermédiaire permet d'apaiser la situation et d'agir en amont de la crise afin d'éviter le déclenchement de celle-ci.

En association avec les professionnels (IDE, AS), l'inclusion de la famille pourrait permettre en cas de monter en escalade de la violence d'apporter un soutien à son proche, de le rassurer quand cela est possible. Pour cela, il faut que l'accompagnant se sente inclus et écouté dans le parcours de soin, auquel cas il existe un fort risque de majoration de la violence.

2.4 Les causes de la violence

Les professionnels ont évoqué beaucoup de causes pouvant mener à des situations de violence. La violence émanant des patients atteints de troubles psychiatriques, sous l'emprise de substances... mais aussi celles aggravées par les limites de l'institution, qui allongent le temps d'attente, qui favorisent le manque de communication, l'anxiété vécue par les patients et leurs accompagnants dû à une incompréhension des soins par exemple. Les professionnels et moi-même, ajoutons la proxémie des patients dû aux nombres toujours plus important d'entrée, les lieux clos et non adaptés, la perte de liberté temporaire des patients qui ne peuvent pas aller et venir à leurs guises.

Pour les professionnels on peut retrouver l'épuisement, la pression temporelle, la surcharge de travail, le turnover des soignants, le manque de formation et l'inexpérience, la méconnaissance à l'embauche des spécificités du poste attribué sont des éléments essentiels liés aux violences. Une partie de ces facteurs sont nommés dans divers ouvrages, dont « l'éthique à l'épreuve des soins », qui mentionne la marginalisation des patients, l'interruption de tâche des soignants et l'écart entre ses valeurs, ses exigences et la réalité du terrain. Je pense, tout comme l'ouvrage "L'éthique à l'épreuve des soins" que toutes ces situations aient été aggravées par l'augmentation de la précarité sociale, les attentes de plus en plus exigeantes des patients, qui ne peuvent être comblées par le management tayloriste de l'hôpital, qui recherche essentiellement les bénéfices au profit de la qualité du prendre soin ce qui impacte moralement les soignants dans leur quotidien.

2.5 Des droits bafoués

Aussi, La charte des droits du patient hospitalisé, qui stipule une information claire et loyale du patient, et qui est affichée partout à l'hôpital, mentionne ce droit d'information. Mais est-il vraiment respecté tout le temps ?

Je ne suis pas sûre, non pas intentionnellement, mais le manque de temps des professionnels induit une absence de réponse individuelle, l'impossibilité de rassurer au moment où certains en ont besoin majore le sentiment d'incompréhension, d'illégitimité, d'impuissance des patients et de leur entourage. Cette surcharge de travail ne permet pas aux professionnels de s'apercevoir à quel moment s'installe l'agressivité et donc ne leur permettent d'agir qu'une fois la violence amorcée.

2.6 Les niveaux de violence

Les manifestations de violence dans mes recherches sont classifiées en plusieurs niveaux selon deux types d'atteinte : aux personnes ou aux biens.

D'après les dires des soignants, les violences les plus souvent rencontrées sont les violences verbales et physiques. Je peux d'après ce qu'on m'a rapporté comme manifestations, dire que les niveaux de violence les plus fréquents sont le niveau deux et trois d'atteinte aux personnes comme vu dans le cadre théorique. La documentation fait le même constat, mais précise que le risque de passage à l'acte est fortement majoré lors de consommation de substances comme l'alcool, et les drogues. Les urgences doivent accueillir des populations en situation aigüe d'une pathologie psychiatrique ou autre, on peut se demander si les services de secteur sont suffisamment développés et accessibles pour les usagers.

La violence verbale, n'est pas cantonnée aux insultes, menaces..., j'ai pu voir au travers de mes recherches que le non verbal pouvait aussi induire de la violence. Par nos gestes, notre regard, nos expressions faciales, l'autre peut se sentir agressé. Ces comportements dont nous n'avons parfois pas conscience peuvent induire une ambiance néfaste à l'ambiance générale qui règne dans les urgences. En effet, même si les individus essaient de contenir leur énervement, leur stress, il ne faut pas oublier que le corps parle à notre insu et que nous transmettons des émotions, des informations. Cette violence peut agir comme « un effet boomerang », se propager à l'ensemble du service.

2.7 Aspect juridique pour le soignant victime de violence

Ce qui me questionne, c'est que les professionnels ont évoqué la possibilité de porter plainte et d'y être accompagné. Mais en leur nom. En effet, l'hôpital porte plainte en son nom, lors de dégradation des locaux. Or, si le personnel est atteint individuellement alors, c'est à lui de porter plainte au risque que ses informations personnelles soient divulguées sur le dépôt de plainte. Ce qui est assez dissuasif, car il y a un fort risque de représailles pour le professionnel en aval, au vu de la diffusion d'informations personnelles.

2.8 Dignité du patient et éthique professionnelle

Le fait pour les professionnels de travailler dans des conditions extrêmes, avec l'accueil toujours plus nombreux de patients dans des locaux qui ne s'agrandissent pas. Entraîne des défaillances dans le respect de la dignité du patient. Lors des entretiens, il est précisé que parfois il y a un manque de discrétion, ou de secret professionnel lié à la proximité, aux infrastructures inadaptées.

Les causes et les manifestations de la violence chez les patients peuvent induire le recours par les soignants à l'utilisation de contention physique sur des brancards au milieu des couloirs et à la vue de tous. A mon sens c'est un problème éthique. En effet, qu'est-ce qui est mis en place légalement pour palier à ça.

Le recours à la contention physique, est toujours associée à la contention chimique. Suivant la loi, les professionnels le confirment : les deux sont indissociables. Mais les professionnels précisent que les urgentistes y ont quand même plus recours que les psychiatres. Encore une fois on peut se demander si ce n'est pas un défaut de formation, mais aussi une contrainte liée aux limites de l'institution. Car l'absolu est de protéger le patient, le soignant, mais aussi tous les autres patients autour qui eux n'ont pas demandé d'assister à des épisodes de violence lors de leurs passages à l'hôpital.

Et pourquoi ne pas inclure les mêmes formations pour les professionnels des urgences générales et ceux issus des urgences psychiatriques car d'après les chiffres de l'ONVS, les urgences sont le deuxième secteur le plus touché par les violences après la psychiatrie. Je pense qu'une formation commune, et un échange d'expérience entre ces deux spécialités pourrait constituer un apport intéressant pour les professionnels comme pour les patients et voir même des retours d'expérience et du débriefing avec les patients qui ont connu cette privation de liberté. Car ces dernières années, on parle de patients experts, de patient acteur dans leur parcours de soin mais si des réunions peuvent s'organiser avec tous ces individus, les pratiques peuvent évoluer.

Le respect du secret professionnel, de la pudeur, du patient sont des éléments fondamentaux de notre pratique et les conditions déshumanisantes de notre exercice justifie parfois une maltraitance involontaire.

Question d'ouverture :

En quoi, l'inclusion des familles dans le parcours de soin des patients violents, les techniques de communication non violente et le débriefing en aval, peut-il améliorer le prendre soin et favoriser l'alliance thérapeutique ?

Conclusion

J'ai pu constater que la violence dans les soins relevait de plusieurs facteurs et qu'elle est en constante augmentation et ce depuis quelques années, au niveau national. Ce sujet m'a semblé important au vu de la recrudescence des faits de violence dans le milieu hospitalier. Cela m'a permis d'observer des solutions dans la résolution des problèmes mais aussi des manques. L'impact qui en découle dans les soins est une perte de sens dans la profession, avec une difficulté à prendre soin des patients qui se sont montrés violents, malgré un renforcement de l'esprit d'équipe, les institutions ne favorisent pas un climat de sécurité au travail.

Après les recherches théoriques, et le recueil du témoignage de professionnels, il est ressorti que l'alcool et les stupéfiants favorisent les passages à l'acte violent, ainsi que la vétusté des locaux et une communication défailante bien souvent liée à un manque de temps ou à un manque de formation.

Les professionnels mentionnent, que l'augmentation des effectifs, du temps supplémentaires et des formations à la gestion de la violence obligatoire seraient favorables à l'amélioration du « prendre soin » des personnes violentes.

Ce travail m'a permis de me projeter dans ma future profession d'infirmière et a montré l'importance du prendre soin dans le respect de la dignité de tous pour favoriser la relation soignant-soigné, mais aussi de l'importance de l'esprit d'équipe et des échanges pluriprofessionnels. Il me semble primordiale de former une équipe prête à traiter ce type de patients, qu'elle soit volontaire et bien informée au préalable sur les tâches qui lui incombent et les conditions d'exercice. Cela nécessiterait presque une spécialisation. Le respect de l'intégrité du patient est un thème qui me tient à cœur dans

l'exercice de ma profession, et y tient une place fondamentale. Cependant de nombreuses améliorations restent à faire, ce qui me confronte aux difficultés politiques qui malmènent les hôpitaux.

En dernier lieu, j'ai apprécié m'atteler à la réalisation de ce travail, à travers mes lectures, qui ont enrichi mes connaissances et m'ont fourni des informations destinées à alimenter mon cadre théorique. J'ai aussi été confrontée à des limites, qui se sont manifestées par une difficulté d'organisation, de triage et d'analyse de mes entretiens. Il me semble cependant que ce fût un bon exercice.

Bibliographie

Assez, N & Goddyn, A. (2020). Violences envers le personnel des urgences. *Revue Hospitalière de France*. (594), p60-64.

Charrier, P., Buchet-Poyau, K., Delaroche-Gaudin, M., & A. (2019). Un médiateur dans un service d'urgences hospitalières : quelles missions selon les personnels ? *Santé publique*. (6), p797-807.

Fédération Hospitalière de France. (2019). Violences envers le personnel des urgences. *Réflexions hospitalières*, (589).

Kreitlow, C. (2014). Témoigner des violences dans les espaces de soin la scène du travail. D. Davous, C. Le Grand-Sébille et E. Seigneur (Dir.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin*, (pp. 54-78). Eres.

Lafont, M. (2018). Alternative thérapeutique à l'isolement et à la contention. *Soins psychiatrie*, (317), p9.

Lafont, M. (2018). Les dernières recommandations de bonnes pratiques sur l'isolement et la contention. *Soins psychiatrie*, (317), p16.

Malone, A. (2017). Améliorer le fonctionnement des urgences. *Revue Hospitalière de France*, (578), p12-13-14.

Marques, A. (2013). Violence à l'hôpital « Il est temps de sonner l'alarme ». *Revue infirmière*, (326), pp 6-7.

Nion, N. (2014). La violence aux urgences. D. Davous, C. Le Grand-Sébille et E. Seigneur (Dir.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin* (pp.93-100). Eres.

Paillard, C. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. SETES

Plaza, C. (2015). L'accueil aux urgences. *L'aide-soignante*, (169), p13-21.

Rosenberg, M. (2005). *"Les mots sont des fenêtres" (ou bien des murs) introduction à la communication non violente*. La découverte

Vidy, C. (2009). La violence aux urgences est-elle inéluctable ? *Soins cadres*, (69), p 25

Webographie

Anesm. (2012). La bientraitance : Définition et repères pour la mise en œuvre.

file:///C:/Users/ameli/OneDrive/Documents/anesm_synthese-bientraitance.pdf

Beauzée, N. Gabié, M.C. Lelevrier-Vasseur, A & Rybak, C. (2002). Un cadre législatif comme fondement de notre pratique professionnelle actuelle. *L'entretien infirmier en santé mentale*, pp. 21-32.

<https://www.cairn.info/l-entretien-infirmier-en-sante-mentale--9782749200835-page-21.htm>

CH Vauclaire. (2015-2016). La relation d'aide.

La-relation-d'aide-selon-Carl-Rogers-module-5-FL-PDF

Chazalet, N & Perrin-Niquet, A. (2014). Le vécu des soignants lors de la réponse à la violence. *Pratiques en santé mentale*, pp. 21 - 24.

<https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2014-4-page-21.htm>

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

https://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/110_Ferrari.pdf#page=1

Fédération hospitalière de France. (2020). Urgences - Soignants d'accueil et de bienveillance. *Réflexions hospitalières*. (597).

<http://www.revue-hospitaliere.fr/Revue/597/REFLEXIONS-HOSPITALIERES/Urgences-Soignants-d-accueil-et-de-bienveillance>

Gidenne, S. (2015). Refus de soins aux urgences : Quel cadre légal ?

https://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/119.pdf

Groupe hospitalier Sélestat-Obernai. (2019). *Le déroulement de votre prise en charge aux urgences*.

<https://www.ghso.fr/2019/06/26/le-deroulement-de-votre-prise-en-charge-aux-urgences/>

HAS, Outil pour l'amélioration des pratiques. (2016). "Les stratégies de désamorçage"

[PDF](#).

Marc, B. (2008). Le rôle infirmier organisateur de l'accueil aux urgences. B. Marc, P. Miroux, I. Piedade, & R. Benveniste (Dir.), *Guide infirmier des urgences*. Masson. <https://www.em-consulte.com/article/659630/le-role-de-linfirmiere-organisateur-de-laccueil-au>

Martel, B. (2016, 24/04). Pedagopsy. http://pedagopsy.eu/agressivite_violence.html

Maurange, A. (2011). Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjgm-XA4_2AhWrxoUKHaAVDkUQFnoEACQAw&url=https%3A%2F%2Fwww.amazon.fr%2FStress-souffrance-violence-milieu-hospitalier%2Fdp%2FB000WGQTSY&usg=AOvVaw1BC_Kc70AOY3nq4tRu2fJb

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). « Communiquer, c'est soigner ! ». <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/bonnes-pratiques-en-region/ile-de-france/article/communiquer-c-est-soigner-420103>

Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf

Organisation d'un service d'urgence. https://atelier-canope-19.canoprof.fr/eleve/IOA_eleve/activities/IOA_1.xhtml

Vigil-Ripoche, M.A. (2011). Prendre soin entre sollicitude et nécessité. *Recherche en soins infirmiers*, (107), p6. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-6.htm#no1>

Annexes

Guide d'entretien IDE pour mémoire

Bonjour, je m'appelle Amélie Robic, je suis étudiante infirmière en 3ème année.

Je vous remercie pour votre disponibilité à répondre à mes questions concernant mon mémoire de fin d'étude.

C'est un entretien sous anonymat, d'une durée de 30 min environ, seriez-vous d'accord que j'enregistre notre entrevue ?

1°) Pourriez-vous me dire votre parcours infirmier en quelques phrases ?

Relances :

- Depuis quand exercez-vous ?
- L'année de votre diplôme ?
- Les services où vous avez travaillé
- Trouvez-vous qu'aux urgences vous êtes plus confronté à la violence qu'ailleurs ?
- Rôle IDE aux urgences
- Les différents postes des urgences
- Le poste où il y a le plus de violence à votre avis ?

2°) Avez-vous été confronté à des violences ?

Relances :

- Comment cela vous impacte dans votre profession et votre vie personnelle ?
- Les moyens que vous aimeriez mettre en œuvre ?
- Vous sentez-vous armé face aux violences ?
- Quels sont les causes engendrant de la violence ?
- Quels sont selon vous les différents niveaux de violence ?

3°) Avez-vous eu des formations, avez-vous des techniques pour gérer cette violence ?

Relances :

- Prenez-vous le temps de communiquer lors de violence ?
- En quoi les limites de l'institution vous contraignent dans les soins violents ?

- Les moyens mis en œuvre pour lutter contre la violence aux urgences ? Que pensez-vous de l'inclusion d'un psychologue aux urgences, d'un médiateur pour faire le relai avec les familles ?
- Connaissez-vous la formation OMEGA ? si oui pouvez-vous m'en parler, dire ce qu'elle vous apporte au quotidien.

4°) Comment vous voyez prendre soin d'un patient en détresse psychique ?

Relances :

- Quels sont vos ressentis, émotions lors de situations violentes ou à distance ?
- Comment travaillez-vous à maintenir l'alliance thérapeutique malgré la contention physique
- Comment prendre soin de patients violents ?
- La législation et le protocole encadrant les moyens de contrainte sont-elles respectées ?
- Votre rapport à l'utilisation de la contention ? La dignité humaine est-elle bien respectée ?
- Quelle place est accordée à la détresse psychiatrique dans les urgences conventionnelles ?

Voulez-vous ajouter des éléments à notre entretien ?

Entretien N°1

ESI : Du coup moi je suis Amélie, étudiante infirmière en 3^{ème} année.

ESI : Donc bah dans un premier temps est-ce que c'est possible que... Je peux te tutoyer ?

IDE : Ouais bien sûr !!

ESI : Et que tu parles de ton parcours d'infirmière enfin professionnel ?

IDE : Oui bien sûr, alors moi je suis diplômée général, diplômée d'état en 2001 donc ça fait ça va faire 21 ans.

Euh... du coup j'ai fait que de la psychiatrie.

ESI : D'accord !

IDE : Service d'admission, j'ai fait du centre médico-psychologique (CMP), j'ai fait du service d'accueil et d'orientation (SPA0), et les urgences.

J'ai été détaché de l'hôpital psychiatrique aux urgences. Voilà, ça fait 4 ans que je suis aux urgences de nuit, en tant qu'infirmière psychiatrique.

ESI : Vous ne tournez pas jour/nuit quoi ?

IDE : Non je fais que des nuits.

ESI : est-ce que vous travaillez avec les urgences générales du coup, ou ils vous envoient les patients quand c'est nécessaire.

IDE : Alors nous on est au sein des urgences générales.

ESI : D'accord.

IDE : Je travaille en binôme avec le psychiatre, et on voit en systématique toutes les personnes qui ont fait un passage à l'acte suicidaire. Ça c'est obligatoire, ils sont tous vu par l'équipe de psychiatrie. Toutes les autres prises en charges à savoir menaces suicidaires, troubles du comportement, bizarreries, supposées où avérées décompensations psychiatriques. C'est une demande de médecin à médecin. Donc c'est l'urgentiste qui, face à une situation considère que la situation devrait relever d'un avis psychiatrique et appelle le psychiatre, et le psychiatre m'appelle pour me dire bah on va voir cette personne. Donc je prépare la situation avec lui.

ESI : D'accord OK, mais le psychiatre est présent 24h/24 aux urgences ?

IDE : Il y a un psychiatre 24h sur 24h. En journée, c'est les psychiatres des urgences classiques, la nuit c'est un psychiatre de garde, il y a un petit groupe, ils sont volontaires sur une liste, et en fait, ils font toute l'année. Mais toute la nuit il y a un psychiatre ouais ! enfin 24h/24h il y a un psychiatre. Et c'est de l'avis psychiatrique, ce n'est pas de la consultation psychiatrique.

ESI : D'accord !

IDE : Ce sont les urgences donc ce n'est pas un lieu de consultation. Le lieu de consultation, c'est le SPAO.

ESI : Donc ils sont renvoyés au SPAO ?

IDE : Mais le psychiatre peut très bien dire, ça ne relève pas d'une urgence psychiatrique mais d'une consultation, et sans avoir vu la personne l'adresser vers des lieux de consultations CMP, le SPAO, aux médecins généralistes, différentes structures.

ESI : Et du coup vous trouvez qu'aux urgences vous êtes plus confrontés à la violence que dans d'autres services ou vous avez pu travailler ?

IDE : Alors il y a différentes sortes de violences. En fait, c'est enfin... au niveau du ressenti, de mon ressenti. La violence c'est à peu près la même un petit peu partout, sauf qu'elle est différente.

A savoir qu'en psychiatrie on a de la violence liée à, soit de l'impulsivité, lié à des pathologies, ou à des personnalités.

Des personnalités qui sont intolérantes à la frustration, qui sont impulsives, qui n'ont pas accès à l'élaboration par la parole, mais du coup qui passe à l'acte directement, indépendamment d'une pathologie psychiatrique. Et il y a de la violence en lien avec un délire, une persécution, une interprétation et donc soit se défendre, soit attaquée parce qu'il y a une hallucination, ou un délire. Donc il y a ces deux choses-là quand on est dans l'hôpital psychiatrique. Quand on est à l'accueil de l'hôpital psychiatrique donc le SPAO, ce sont les gens se présentent spontanément. Donc il y a, à la fois de la violence liée aux pathologies, comme on disait les délires, les hallucinations, mais aussi les violences liées consommation de substances. C'est à dire que les gens qui se présentes, peuvent très bien avoir pris de l'alcool, des toxiques et il peut y avoir des violences liées à cette situation-là.

Aux urgences générales en tant qu'infirmière psy dans les urgences générales, il y a tout type de violences. Il y a les violences liées aux pathologies psychiatriques, les violences liées à l'impulsivité, parce que les gens attendent très longtemps et les gens, qui sont dans l'immédiateté c'est très compliqué pour eux de patienter. La promiscuité, le fait d'avoir, enfin des attentes, des gens qui parlent fort, c'est bruyant, il y a beaucoup de monde qui passe, et ils n'ont pas de réponse. Ça créer, ouais la

promiscuité est très compliquée. Aussi les lieux clos, le fait de pas pouvoir sortir quand ils veulent fumer leur clope, aller prendre un café, enfin et puis l'immédiateté, il y a des délais d'attente, les gens attendent des heures aux urgences, donc c'est vrai que ça peut être compliqué, avec des réponses qu'ils ne souhaitent pas forcément, enfin ce n'est pas forcément la réponse qu'ils attendaient en tout cas.

Et donc, ça peut créer des violences et également, tout ce qui est malheureusement, mais les urgences c'est quand même le lieu il y a l'alcool. La nuit en tout cas !

Les gens sont fatigués en plus, et les collègues sont fatigués, donc aussi des réponses pas forcément, euh... parfois c'est un ton qui peut paraître un peu agressif. Alors que, c'est juste une fatigue, après avoir répété quinze fois la même chose. Je crois que c'est fatiguant d'entendre la petite mamie à côté s'il vous plaît, s'il vous plaît, s'il vous plaît, les gens ça les fatiguent. Et donc du coup, il y a aussi bah tout ce qui est l'alcool est toxique et du point de vue médical, on ne peut pas les laisser partir des urgences avant qu'ils aient dégrisé. Alors, ils ne supportent pas d'être là, les gens ne supportent pas de les voir là, ça embête tout le monde, mais c'est un état de fait ! parce que j'ai découvert qu'en fait dans d'autres villes c'était différent mais en tout cas ici, si l'alcoolémie est positive ou les toxiques on ne les laisse pas sortir, parce qu'il y a un risque qui se blesses en sortant où qui blesses quelqu'un, donc du coup on ne peut pas.

ESI : On ne peut pas appeler la personne de confiance par exemple ? pour enfin s'il n'y a pas de danger imminent ?

IDE : Alors pour nous au niveau psychiatrie, c'est ce qu'on fait !

ESI : OK !

IDE : Après dans les urgences générales, nous on n'est pas responsable des gens qui sont violents. Ce n'est pas de la psychiatrie, donc on ne les voit pas. Moi je suis au milieu des urgences, donc je suis confronté à ça ! et mes patients sont confrontés à ça ! mais euh, l'alcool ce n'est pas de la psychiatrie, les toxiques ce n'est pas de la psychiatrie, c'est de l'addictologie.

ESI : Ah oui !

IDE : De nuit il n'y a pas de permanence pour l'addictologie, c'est qu'en journée qu'il y a l'équipe d'addictologie.

ESI : D'accord !

IDE : Sachant que ce n'est pas une urgence non plus.

ESI : Mais par exemple, s'il y a de la violence, par exemple une personne en état d'ébriété, est ce que vous vous pouvez prendre le temps d'aller les emmener fumer ?

IDE : Alors ça ne fait pas parti mon travail.

ESI : Oui voilà, d'accord OK

IDE : Je peux ! mais ça ne fait pas partie de mon travail, sachant que ce qui se passe quelque chose ... voilà après, c'est des situations, pour un peu soulager les collègues on peut le faire. Sachant que nous même on a déjà pas mal de prises en charge et on a déjà nos patients qui sont dans plusieurs endroits. Parce que moi j'ai un bureau, et les patients peuvent être soit aux urgences, donc il y a trois modules aux urgences, soit trois lieux différents, il y a UH médical, les gens qui ont pris pas mal de médicaments ils sont à l'UH médicales de courte durée.

ESI : D'accord

IDE : Unité d'hospitalisation de très courte durée. Donc il faut que j'aïlle, c'est encore plus loin dans les urgences, parfois c'est au sous-sol, l'UHTCD chirurgical, donc sur la nuit en 10h on a, c'est compliqué on n'a pas beaucoup de temps.

ESI : D'accord, ok !

IDE : Voilà, il y a des entrées toute la nuit, des admissions toute la nuit pour la psychiatrie déjà, donc euh.

ESI : Mais ils sont orientés enfin, vous votre rôle c'est quoi en fait ? ils sont orientés directement vers vous, ou ils passent vers l'IAO quand même ?

IDE : Alors moi mon rôle c'est d'abord, soit ils ont fait un passage avec des idées suicidaire donc de toute façon il y a des soins médicaux à faire.

Soient-ils ont pris des médicaments, soit il y a une tentative de pendaison, soit ils sont allés dans l'eau donc il y a une hypothermie donc de toute façon il y a des soins physiques.

ESI : D'accord !

IDE : Donc ils sont déjà pris en charge par l'équipe physique (médecine), et moi je me greffe à cette situation. Si la personne peut parler, je fais un entretien pour évaluer ce qui s'est passé, si y a des antécédents, quelle est la personne à prévenir, qu'elle est l'entourage.

J'ai également accès moi au dossier de psychiatrie et des urgences, qui me permet aussi de constituer le dossier pour savoir s'il y a des antécédents. Comment ça s'est passé les dernières fois. Et je contacte

les proches, pour savoir un petit peu, s'ils étaient au courant. Et la question c'est toujours, au bout d'un moment moi mon travail c'est d'évaluer quand la personne va être visible pour le psychiatre, c'est-à-dire, quand il va pouvoir parler et quand il sera sortant en fait. On les voit que quand ils sont sortants. Et l'option enfin les orientations c'est soit retour à la maison, soit hospitalisation libre avec l'accord de personnes, soit hospitalisation sous contrainte. Et de toute façon sous contrainte, il faut que j'aie la recherche des tiers, c'est la loi.

ESI : D'accord !

IDE : Qu'ils me disent que oui, ils sont d'accord pour demander une hospitalisation si le patient est en danger, ou non ils ne sont pas d'accord. Mais de toute façon il faut que je les aie eus en contact, quel que soit leur réponse, il faut que je les aie eus, est que je puisse le prouver. C'est ça mon travail !

Et donc une fois que j'ai toutes ces infos là et que le patient est visible, on le voit. J'appelle le psychiatre, on le voit ensemble. Et je fais l'orientation, donc j'accompagne le patient, je lui donne son traitement, je prépare sa sortie, je prépare ses papiers, je fixe un rendez-vous s'il y a une hospitalisation, je cherche la place, je cherche le transport, je m'assure que ça se passe dans de bonnes conditions. Si la personne est délirante, l'objectif c'est d'essayer de lui donner un traitement pour un peu apaiser. Délirante mais persécuté, parce qu'il y a des personnes délirantes de bas bruit, et ça se passe sans problème, ils acceptent l'hospitalisation, où il n'y a pas besoin ils peuvent rentrer même délirants.

C'est si vraiment, il y a risque vraiment de mise en danger, bah là faut que je sécurise aussi l'environnement du patient, des collègues et du transport et son arrivée à l'hôpital, donc est-ce qu'il faut un traitement, est ce qu'il faut une contention.

ESI : Voilà ma question, est ce que ça vous arrive assez régulièrement de contenir ? Vous n'avez pas de chambre d'isolement ?

IDE : Non on n'a pas de chambre d'isolement, on a des contentions en tissu, enfin ce sont des sangles, donc c'est une ceinture ventrale, les deux chevilles, les deux poignets.

ESI : D'accord OK !

IDE : C'est sur prescription médicale, sachant que, si nous on sent qu'il y a un danger on peut le faire avant, et le médecin ensuite valide ou invalide la contention.

IDE : Moi au niveau psychiatrique, les indications c'est : menace suicidaire avec un passage suicidaire, toujours une volonté mortifère, dire : « je vais me foutre en l'air ! » la personne elle a déjà des antécédents de passage à l'acte et on l'a retrouvé en situation, et en plus elle a plusieurs fois fugué. Là pas d'hésitation la personne elle est en danger ! j'ai le droit moi de la contenir, je peux le justifier.

ESI : Oui.

IDE : Quelqu'un qui braille ce n'est pas une indication, quelqu'un qui est chiant, qui gueule, qui cri, qui fout un peu « le boxon », qui déambule, ce n'est pas une indication non plus. Effectivement ça crée du problème dans les urgences, donc parfois ce sont les urgentistes qui prescrivent la contention et non pas de la psychiatrie qui la prescrit.

ESI : d'accord OK !

IDE : Mais parce que ça crée du bordel, du bruit, et de l'insécurité ressentie en tout cas aux urgences.

ESI : C'est pour le bien commun quoi.

IDE : Exactement, mais ce n'est pas une indication en soi. Sachant qu'effectivement, tu as raison nous n'avons pas de lieu dédié. C'est à dire que les gens sont contentonnés sur un brancard, soit dans un couloir, parce qu'il faut quand même qu'il soit à notre vue, car les box ne sont pas, ne se ferme pas à clé. Or, quelqu'un contentonner dans un box ou dans une chambre non fermée à clé, ce n'est pas sécuritaire non plus pour cette personne, sachant que n'importe qui peut rentrer et faire ce qu'il veut sur cette personne quoi, donc c'est trop dangereux. Donc on ne peut pas laisser quelqu'un contentonné dans un box seul, dans une pièce non fermée à clés. Donc du coup, ils sont mis dans le couloir pour qu'on puisse les voir. Effectivement, c'est pour ce n'est pas l'idéal. C'est pour ça que ce n'est quand même pas ce qu'il y a enfin les psychiatres ne le prescrivent pas tant que ça. Mais ce sont souvent les urgentistes qui le prescrivent.

ESI : D'accord. Et du coup vous dans votre travail, comment vous vous sentez armé face à cette violence ? enfin est ce que vous vous sentez souvent en insécurité ? est-ce que, enfin comment vous, vous le percevez en fait ? est-ce que vous arrivez à prendre suffisamment de recul pour pas que ça ne vous touche émotionnellement ?

IDE : Alors moi, je pense que c'est, il y a différents aspects au fait de bien le vivre. Moi personnellement, je n'ai pas de souci avec ça, sachant que je pense qu'il faut déjà d'une, la formation. C'est à dire la formation continue, parce que ce n'est pas la formation à l'IFSI qui est suffisante, pas du tout. Et puis parce qu'on est beaucoup trop jeune à cette époque-là aussi. Moi ça fait 20 ans que je travaille, donc je pense que du coup, il y a ça aussi. Mais il y a la formation continue, les différentes formations qu'on peut continuer pendant qu'on travaille. Solliciter des formations au maximum ça c'est sûr.

ESI : D'accord.

IDE : A la fois sur la gestion de l'agressivité, mais aussi sur tout simplement la clinique. Parce que je pense que parfois est vécu comme de l'agressivité alors que les gens, c'est juste que, ils sont fatigués,

ils parlent fort, ils sont agacés, ils ont vu quand ils sont aux urgences ils ont vu je ne sais pas combien de personnes, parce qu'ils voient d'abord l'infirmière d'IAO, ensuite parfois ils voient l'externe, l'interne, l'urgentiste, ensuite ils vont me voir moi, si en plus moi j'ai un externe et une interne, plus un psychiatre. Au bout d'un moment, ils disent : mais je l'ai déjà raconté je ne sais pas combien de fois, enfin c'est bon quoi. Quand on est fatigué, et que on a un sentiment d'urgence de ce qui nous arrive, et qu'aux urgences on vous dit bah non ce n'est pas une urgence ça fait que 3h que vous êtes là. Les gens ils boue, et parfois juste de répondre, écoutez parfois ça redescend en fait. Et c'est vrai que de travailler sur le fait de pas aller en escalade. Moi je ne suis pas costaud, je ne peux pas jouer sur mon physique dire c'est bon, je n'ai pas une voix qui porte tellement, je n'ai pas d'argument pour menacer entre guillemets les gens, pour impressionner on va dire les gens et leur dire « calmos », ce qui fait qu'il n'y a pas d'escalade je pense.

ESI : D'accord !

IDE : Moi j'ai une autre façon de travailler, une autre façon d'aborder les gens effectivement. Et je pense que le fait peut-être d'être une femme aussi hein, je ne sais pas. Mais en fait, ça évite une escalade dans la montée. Il parle fort, je vais parler plus fort, c'est bon quoi, enfin et du coup il va parler plus fort et ça va monter. D'avoir des stratégies plus basées sur, qu'est ce qui se passe ? pourquoi vous criez ? et relancez un peu la situation, ce qui est le travail de la psychiatrie et pas le travail des urgentistes. Les urgentistes, c'est plus compliqué pour eux, mais la psychiatrie c'est aussi notre travail. Et de connaître la clinique, de se dire voilà, qu'est-ce qui joue : il crie plus fort parce que ça lui permet d'accélérer les choses ? c'est de la petite manipulation on va dire, parce que ça marche bien aux urgences, tu cries fort tu es pris en charge tout de suite. Est-ce que c'est un trouble de la personnalité ? est-ce que c'est quelqu'un qui est sourd tout simplement ? parce que ça arrive aussi. Ou bien quelqu'un qui ne maîtrise pas les lieux, où qui est envahie par des angoisses, et que si on les apaise un petit peu, où un sevrage alcool, où qui est sous toxique, ben c'est tout bête, mais ça fait monter le truc. Donc parfois de revenir un petit peu sur ce qui se passe, pourquoi vous criez. D'autres outils on va dire pour pouvoir prendre en charge cette violence, et essayer de la faire descendre en fait hein c'est ça l'idée ! c'est d'éviter l'escalade mais au contraire favoriser la désescalade. Et c'est le travail mais voilà ce que je voulais dire pour terminer la formation continue ça c'est sûr ! la personnalité de chacun de pas craindre les gens, en psychiatrie il ne faut pas avoir peur des gens. Mais aussi de savoir la clinique et comment le patient est. Quelqu'un qu'on sait un peu délirant, tu ne vas pas être tout seul dans un box avec lui. Les gens qui se sont fait agresser quand même souvent, ils étaient seuls en face à face avec quelqu'un de délirant aux urgences pardon, en psychiatrie c'est différent, mais aux urgences. Donc on ne fait pas ça, on ne tourne pas le dos, moi j'ai toujours enfin, je ne me mets pas en position je ne vais pas mettre la, tu vois dans un angle, je sais qu'il y'a une porte quelque part, je préviens mes collègues

si je ne sens pas situation. Quitte à faire, ce n'est pas ce qu'il y a de mieux, mais un entretien dans le couloir parce qu'il y a du monde. Et s'il se passe quelque chose il y a du monde pour intervenir.

ESI : Et vous pouvez intervenir un binôme avec les infirmières de l'équipe ?

IDE : Oui, si jamais moi je ne sens pas une situation, je n'irai pas seul. Ça c'est sûr, ça je, et je ne touche pas les gens non plus, ou je leur demande leur permission. Mais je ne vais pas faire, enfin tu sais toucher la main, toucher l'épaule, ah ne vous inquiétez pas ! aucun geste, on ne touche pas les gens. Enfin il y a une intégrité physique, quelqu'un qui est aux urgences, si tu ne le connais pas, tu ne sais pas s'il est délirant ou pas. On ne sait pas donc dans le doute une distance, toujours une distance. Bon moi, je suis presbyte donc je suis obligé d'être déjà un peu loin je ne vois pas les gens si je suis trop près.

Voilà, ce sont des mesures de sécurité. Le psychiatre, je ne laisse pas le psychiatre tout seul non plus avec un patient en délire. Du coup on est deux s'il se passe quelque chose.

Si on sait qu'on va annoncer une hospitalisation sous contrainte et on pense que ça peut mal se passer, je prévois donc aux urgences, il y a l'équipe de sécurité, qui n'est pas un service de sécurité. C'est la sécurité aux personnes et incendie. Ce n'est pas un service de sécurité « type intervention musclé » ils n'ont pas le droit de toucher les gens normalement. Et en fait ils sont là pour sécuriser les lieux enfin, après ils sont nombreux, ça apaise, ça peut impressionner, ça peut apaiser des situations, c'est des hommes mais quand même. Et en fait bah parfois, je leur demande d'être juste derrière la porte sans se montrer, sans que le patient sache, mais nous ça nous sécurise je pense déjà, donc on a un ton déjà posé.

De tout expliquer au patient de toujours tout dire, de ne pas mentir, pas de fausses promesses jamais, jamais. Parce que faut se dire que la psychiatrie on les revoit, donc si tu leurs ment une fois, la deuxième fois c'est grillé ça ne sert à rien ! et ça n'aide pas les collègues d'après qui vont recevoir le patient. Le patient il va dire, ah ils m'ont dit qu'il y aurait ça... que ça se passerait comme ça... et puis ben, c'est eux qui se font un peu mal traiter entre guillemets derrière aussi. Donc dans tous les cas non, non, jamais. Toujours dire, expliquer, comme ça il n'est pas pris au dépourvu, toujours dire les choses au fur et à mesure, et quand on sent que tiens, le vouvoiement est passé au tutoiement, le tutoiement est devenu de la menace, la menace est devenue des menaces de mort ou des paroles, même un mouvement, un mouvement de bras où qui commence à s'approcher. Voilà, enfin là, l'escalade elle est entamé et là, on se dit bon on arrête l'entretien, où on fait intervenir les collègues, ou on reste mais on dit, on ne reste pas tout seul avec vous, on trouve que ce temps est trop menaçant pour nous. Voilà on va sécuriser les choses pour vous comme pour nous et on appelle les collègues.

ESI : Et la formation elle est égale pour vous, enfin je veux dire pour gérer la violence est ce que les infirmiers des urgences générales ont aussi une formation ? on en a parlé de la formation par exemple oméga ?

IDE : Ah oui ouais, bah après il leurs ait proposé, après à eux de se saisir, ils ne sont pas obligés de la faire.

ESI : D'accord !

IDE : Il n'y a pas de formation obligatoire, mais nous non plus hein. Ouais t'as enfin, je réfléchis mais je ne crois pas que, enfin sur l'agressivité en tout cas ou la gestion des situations à risque ce n'est pas obligatoire ça c'est sûr ! il y a peut-être d'autres formations qui sont obligatoires, enfin incendie par exemple c'est obligatoire, ou les gestes premiers secours sont obligatoires. Mais je pense que c'est les deux seuls obligatoires de mémoire, les autres c'est à la demande de l'agent.

ESI : et vous, vous avez fait la formation OMEGA ?

IDE : alors moi j'ai fait une autre sur la gestion de l'agressivité effectivement, qui était proposé par l'hôpital psychiatrique.

ESI : D'accord, et ça vous a aidé, vous trouvez ces formations-là sont bénéfiques pour vous donner des billes ?

IDE : Alors il y avait deux parties, une partie un peu plus théorique et une partie pratique. La partie théorique je suis désolé, mais moi j'ai pas du tout été réceptive on va dire ! j'ai trouvé que d'autres formations, où on travaillait plus sur la clinique, sur l'entretien infirmier, sur le positionnement, était beaucoup plus bénéfique à mon sens. Par contre, il y avait une deuxième partie avec un ancien policier sur côté pratique, que j'ai trouvé vraiment très, très intéressante. Parce qu'il était vraiment dans la mise en sécurité de tout le monde. Et donc, c'était tout simplement bah la fuite en premier, comme je disais faire attention à ce qui ait une porte, ne pas se mettre dans un angle, ne pas toucher les gens s'ils le souhaitent pas, enfin de leur demander leur avis, de pas dire voilà attendez et tout de suite mettre la main enfin dans une position de défense, de pas avoir les mains dans les poches ce qui est tout con, mais d'avoir les bras las, qui permet de se défendre, ne pas être face à face parfois, être un peu de biais parce que ça donne une assise. Enfin, c'est des positions...

D'accord, c'est utile !

Très ! ouais, ouais. La petite mamie qui s'agrippe, qui mort, parce que la violence pour nous, c'est aussi tout simplement des crachats hein, c'est éviter des crachats, c'est éviter le traitement dans la figure, enfin c'est ça aussi hein la violence, c'est des griffures, ce n'est pas forcément un coup.

ESI : ce ne sont pas forcément des coups de poings !

IDE : voilà exactement. Et puis la violence c'est aussi, verbale. C'est ça exactement ! ce sont les menaces, les insultes, c'est en bah connasse, je vais te buter, tu vois tous les mots d'oiseaux..., et puis les menaces aux enfants.

ESI : sur la famille ?

IDE : sur la famille, sur je vais te repérer, je vais te suivre.

ESI : Et l'hôpital met en place des moyens, enfin vous pouvez porter plainte ? ou enfin quelque chose, tout cas pour en parler ?

IDE : Si on a violence, oui on peut porter plainte. Alors c'est compliqué, parce que sur une plainte il y a ton nom qui apparaît, donc ton adresse. La personne sait qui a porté plainte. Enfin, elle est informée de qui a porté plainte contre elle. Donc un petit peu compliqué. Du coup même si c'est sur l'enceinte de ton travail, et que tu peux être accompagné par quelqu'un de l'hôpital, en attendant c'est quand même toi qui portes plainte et pas l'hôpital qui porte plainte contre la personne.

ESI : Et l'hôpital ne peut jamais s'associer ?

IDE : Alors bah si, je crois qu'il y a des cas où l'hôpital a porté plainte ! bah si, il y avait eu une patiente qui avait mis le feu aux urgences.

ESI : Ça c'est une atteinte sur les locaux, mais lors d'une atteinte sur le personnel l'hôpital ne suis pas quoi ?

IDE : je ne sais pas, moi je n'ai pas connaissance de ça en tout cas !

ESI : et vous pouvez en parler ? vous entre collègues, vous faites enfin des réunions peut être pour certaines situations ?

IDE : alors nous, il existe un psychologue du travail qui est là pour les salariés. Alors je ne sais pas s'il est encore là d'ailleurs ! je ne suis pas très informé désolé ! mais normalement la médecine du travail il y a un psychologue du travail. La première chose, souvent c'est entre collègues quand même. Entre collègues avec qui on a un peu les mêmes sentiments, enfin ressenti, et la même façon de travailler.

ESI : D'accord !

IDE : après ça peut être avec le psychiatre aussi, bah qui est notre collègue du moment, puisqu'il était présent ce jour-là.

Et même avec l'équipe des soignants parce que la nuit en fait du coup tout tu es toute seule ? infirmière psy je suis toute seule, sinon je suis dans les urgences.

ESI : Voilà donc il y a quand même du monde.

IDE : si eux étaient présents oui, mais souvent bah si eux-mêmes ont été confrontés, vers qui ils se tournent, infirmière de psychiatrie. Donc du coup tu te retrouves à accueillir cette parole, alors que toi aussi, potentiellement t'as été confronté à cette situation. Mais je pense qu'on est un peu plus, fin déjà on ne va pas sur ce poste-là quand on craint la violence, et quand on ne peut pas la gérer. Autrement, on ne tient pas longtemps, parce que c'est tout toutes les nuits qu'il y a de la violence, que ce soit verbale, physique. Mais verbale, toutes les nuits il y a quand même de l'agressivité. Donc c'est vrai que, les gens sont en souffrance donc forcément ils sont énervés, donc forcément ça montre.

ESI : après vous vous arrivez quand même à faire la part des choses une fois que vous rentrez chez vous ?

IDE : moi c'est ma personnalité, je sors du boulot c'est fini quoi, je n'ai jamais eu de soucis. Je n'ai jamais été agressé non plus hein, peut être que ça joue, mais peut être que ce que je mets en place me permet de ne pas avoir été agressé. Et puis bah le hasard des rencontres hein, je ne suis pas tombé, peut être sur la personne, qui ce jour-là à tout massacrer donc oui effectivement. Mais moi personnellement, je n'ai pas de souci à ce niveau-là, parce que je ne me sens pas concerné par cette agressivité. Je considère que c'est l'infirmière de psychiatrie qu'ils agressent, moi personnellement ils ne me connaissent pas. Ils ont beau m'insulter, euh ça ne me touche pas, enfin je veux dire ce n'est pas moi, c'est la fonction.

C'est peut-être un moyen de défense de ma part. En tout cas, ce qui est très efficace parce que je ne me sens pas jamais visé en fait, ni par les insultes, ni l'agressivité donc, moi j'arrive à me détacher. Mais c'est ma personnalité je pense aussi. Et je n'ai travaillé pratiquement que dans des services d'urgence on va dire, en tout cas de crise. J'étais dans un service admission, j'ai fait le CMP ces consultations parfois on était tout seul dans un bureau de consultation, sans renfort sans personne quoi je veux dire. Moi ou je travaillais avant il n'y avait personne autour, il n'y avait pas de PTI, tu vois les enfin les dispositifs d'alerte, de signalement de personnel en danger, on n'avait pas ça, on était tout seul à 20 min de voiture, du premier renfort on va dire. Donc aller à domicile chez un patient délirants faire une injection, il refuse, il ferme la porte clé, enfin c'est des situations oui, de mise en danger, mais c'est des mises en danger réfléchies du fait de la clinique et de l'expérience. Il y a des choses qu'on ne fait pas.

ESI : On ne peut pas y aller en début de carrière !

IDE : non, je ne pense pas.

ESI : il faut acquérir de l'expérience quoi !

IDE : Personnellement je ne pense pas, je pense qu'il faut avoir vécu des situations déjà avec des collègues à côté, où ça a été retravaillé, où ça a été redit. Oui moi, quand j'ai commencé bah, rien que le patient qui se lève et qui tape sur la table, ça m'impressionnait ! bon ça m'impressionne plus effectivement. Parce que je me dis, ce n'est pas parce qu'il tape sur la table qu'il va me taper.

ESI : oui !

IDE : Mais parce qu'il faut bien connaître la psychiatrie et la clinique. Je pense que de vraiment bien sa discipline.

ESI : connaître les niveaux de violence peut être, enfin c'est un premier niveau de violence.

IDE : ça dépend pour qui, ça dépend pour quel patient, et ça dépend de qui est en face quoi. Il y a des gens, c'est leur mode d'expression aussi, donc lui-même ne vivra peut-être même pas comme de l'agressivité. Parce que parfois tu peux me même répondre en disant mais ça ne sert à rien de taper sur la table de crier. Ils vont faire : oh pardon, pardon, mais tu sais bien, moi tu sais bien, moi je parle fort. On a un patient qui parle très, très fort, c'est vrai que..., il est très grand, il est immense ça peut être très impressionnant. La première fois, tu te dis purée, lui s'il s'énerve et puis parfois de dire bah, Olala, je suis à côté de vous, vous parlez trop fort si vous me parlez fort moi je n'arrive pas à me concentrer. Enfin, voilà d'admettre que soi-même, on ne peut pas travailler dans des conditions comme ça. Et de leur dire, on est ensemble pour travailler ensemble. Donc si moi je ne suis pas en état de travailler, on ne va pas avancer quoi. Et d'utiliser en tout cas parfois, de déstabiliser un petit peu cette relation, les gens ils vont, le patient va pouvoir se dire : Ah ouais non mais c'est ma façon de parler, moi je tape sur..., moi je ne suis pas content je tape. Mais voilà quoi, ce n'est pas ce n'est pas contre vous ! mais je ne suis pas content parce que le psychiatre il a dit ça.... Enfin oui voilà.

ESI : Et vous trouvez quand même que la détresse psychiatrique aux urgences conventionnelle, c'est plus difficile peut être pour le personnel de l'affronter ?

IDE : pour les soignants des urgences ?

ESI : oui.

IDE : les soignants des urgences, ils ont beaucoup de mal enfin, c'est ce qu'ils disent, c'est ce que j'entends beaucoup. D'ailleurs ils disent je n'aurais pas pu faire de la psychiatrie. C'est à dire que, c'est des jeunes déjà. Il y a beaucoup de jeunes, parce que c'est un poste qui use vraiment les urgences, donc ils ne restent pas très longtemps surtout de nuits et en plus je pense qu'il y a l'idéal de : j'arrive aux urgences c'est pour faire de l'urgence (travaillé l'urgence, faire des arrêt cardiaques, faire des

AVP...) et ils déchantent très vite, dans le sens que la moitié de la population c'est de l'alcool, c'est de la misère sociale, c'est des gens qui reviennent toutes les nuits, pour avoir du lien social, voir du monde, c'est les seuls contacts qu'ils ont pratiquement. Et en fait, ils viennent tous les soirs avec des demandes. J'ai mal là, j'ai mal ici, et puis c'est oh j'en ai marre. On a beaucoup de troubles de la personnalité type borderline, c'est à dire que j'appelle le SAMU : j'ai pris des médicaments. Elles arrivent, et une fois à l'hôpital c'est : oh bah non, je vais rentrer chez moi. Et du coup mettent le bordel parce que dans la contrariété, c'est occupe-toi de moi, mais pas trop proche, c'est tout du borderline qui est très compliqué à gérer. Or aux urgences, c'est ça fait partie d'une grande majorité des patients qui arrivent, et qui mettent en difficulté les équipes et les équipes n'en peuvent plus. Donc, d'une la fatigue, de deux, ils n'ont pas la formation, de trois, ils ne sont pas venus aux urgences pour faire ça ! et quatre, c'est eux qui se retrouvent confrontés aux situations les plus compliquées. C'est à dire les patients en crise, les patients délirants, les patients qui ne veulent pas rester.

ESI : sans la formation initiale.

IDE : exactement, donc malgré le fait qu'on soit là, ce n'est pas pour autant, que...

ESI : et vous, si vous deviez avoir des techniques pour améliorer cette prise en charge de patients alcoolisé où psychiatrique, qu'est-ce que vous mettriez en place par exemple une infirmière psy dès l'accueil ? ou enfin.

IDE : Après tout psychiatriser, je trouve ça très compliqué. Parce que ça stigmatise aussi, moi je sais que je me présente en tant qu'infirmière, et parfois j'ai des collègues qui font : c'est l'infirmière de psychiatrie, mais alors tout fort dans le couloir, donc du coup tout le monde est au courant que la patiente va rencontrer une infirmière en psychiatrie, ce n'est pas forcément très bien, voir un patient qui est délirant qui n'est pas du tout au courant qu'il allait rencontrer l'infirmière de psychiatrie. Quoi ! pourquoi la psychiatrie ? ça peut faire monter « la sauce » aussi.

ESI : cette vision aussi de la psychiatrie.

IDE : je ne suis pas malade, enfin je ne suis pas fou, pourquoi on me fait voir l'infirmière de psychiatrie, je ne comprends pas. Donc moi je ne dis pas d'emblée que je suis de la psychiatrie je mesure un peu les choses. Et puis de tout psychiatriser, on se retrouve à gérer des situations qui sont parfois de l'éducatif, parfois de l'adaptation, c'est tout bête, mais par exemple, les personnes qui se sont fait agresser, on aurait tendance à vouloir tout le temps les faire voir par la psychiatrie, comme du soutien psychologique. Mais aux urgences ce n'est pas du soutien psychologique, c'est de l'urgence psychiatrique. Et donc du coup c'est de la psychiatrie, et donc psychiatrisé des situations, les gens ce n'est pas anodin. Après ils ont un dossier enregistré en psychiatrie, enfin parce que on inscrit nous

notre activité, donc on crée un dossier quand même au sein de l'hôpital psychiatrique pour une personne qui n'a pas de troubles psychiatriques. Ce n'est pas anodin tout ça ! faut se poser aussi les questions, parfois, peut être que c'est du soutien psychologique. Mais est-ce que c'est tout de suite maintenant qu'ils en ont besoin. Pourquoi tout de suite. Pour gérer l'angoisse parfois de l'équipe soignante autour. Qui se dit : si ça m'arrivait, j'aimerais qu'il y ait quelqu'un pour m'écouter. Mais ce n'est pas toi. C'est elle, la personne là, elle s'est fait agresser et c'est du coup se demander de quoi elle a besoin en fait.

Elle a peut-être juste besoin de pleurer, elle a peut-être juste besoin effectivement de se poser, de pas parler, d'avoir ses proches ou pas. Et puis on essaie quand même plus souvent d'orienter vers le médecin généraliste si c'est quelqu'un de confiance. Ou de donner des lieux si jamais par la suite, ça allait moins bien vous pourriez contacter untel. Il y a aussi des associations de victimes qui sont très bien, enfin mais en tout cas, il va y avoir bientôt en principe un centre pour les victimes, une équipe qui devrait se constituer. Mais de tout de suite mettre en place la psychiatrie et après les gens sont stigmatisés.

ESI : c'est ça le problème ça créer automatiquement un dossier, mais pour gérer cette violence quotidienne qui arrive aux urgences ?

IDE : après ça ne relève pas forcément nous, après on peut, moi je sais que notre bureau il est juste à côté de l'IAO, c'est l'infirmier d'accueil et d'orientation qu'accueil les gens, c'est le premier box quand les gens arrivent aux urgences il y a un premier box avec l'infirmier, et ensuite ils vont soit en module cours, c'est à dire que c'est plutôt les gens qu'on des traumatismes (jambes cassés) où détresse psychologique et le module long, c'est ceux qui ont pris des médicaments, donc ça va être plus long parce qu'ils vont rester plus longtemps par exemple quoi. Et donc moi, je sais que si j'entends le ton qui monte ou autre j'y vais. Parfois d'introduire un tiers, c'est à dire une personne qui va venir se caler entre les deux personnes, ou il y a cette escalade qui peut arriver. Ça permet d'apaiser, vraiment. Parce que d'emblée on leur demande quand ils arrivent déshabillez-vous, enfin les gens ils sont bourrés, déshabillez-vous, ils répondent qu'ils ne peuvent pas, pourquoi, puis le ton monte ! on n'a pas que ça à faire, on en a d'autres derrière, dépêchez-vous. Ah mais vous n'avez pas que ça à faire ! laissez-moi tranquille, je veux partir ! non vous n'avez pas le droit de partir. On retient des gens contre leur volonté. Car en soit, c'est vrai qu'ils ont le droit de partir de quel droit on les garde. Mais il y a des protocoles qui font que on les garde quand même. Et du coup, c'est plein de règles qui ne sont pas en accord et qui viennent se confronter les unes aux autres et qui font que ça déborde effectivement.

Et donc du coup parfois de, moi d'y aller si c'est deux hommes par exemple, l'infirmier, l'aide-soignant c'est 2 hommes pour une femme, bah j'y vais ! ça permet d'avoir une femme qui permet de demander qu'elle se déshabille.

ESI : Il y a un médiateur au quotidien ? parce que je voyais dans mes recherches

IDE : non.

ESI : Mais ça pourrait être éventuellement une solution peut être pour soulager les équipes ?

IDE : des formations, des temps de formations plus, des échanges obligatoires, du débriefing, parce que dès que la situation est passé, on passe à autre chose. Et puis c'est entre eux, ils font ça entre eux. Donc il suffit que dans les équipes il y ait beaucoup de gens qui sont de l'action, c'est des pompiers, alors je n'ai rien contre, mais les pompiers c'est quand même, on agit et on passe à autre chose. Et aux urgences c'est ça ! c'est on agit, il se passe une situation et hop on passe à la situation d'après. Et on écrème, on écrème, et hop on passe et la situation est réglée quand la personne sort des urgences. Mais la situation, elle est toujours dans la tête, elle est toujours dans le vécu, mais non ce n'est pas rediscuté enfin, je n'ai pas l'impression, alors moi je ne fais pas partie de l'hôpital classique mais je n'ai pas ce sentiment là en tout cas. Donc ce n'est pas une culture qu'ils ont je pense. Moi je sais que mon bureau est toujours ouvert, et j'ai des collègues parfois qui l'air de rien s'arrête, ça va toi ? et tout et petit à petits, et puis oh l'autre jour, on a une situation et puis hop c'est parti quoi.

ESI : Oui parce que quelquefois pour des patients qui doivent être contentionnés, le fait d'arriver à plusieurs, même pour le patient je pense que c'est assez traumatique ?

IDE : de quoi ?

ESI : Par exemple, s'il y a un refus d'hospitalisation, parce qu'il y a une tentative de suicide par exemple, le nombre de personnels qui peut intervenir pour enfin pour contentionner la personne c'est assez impressionnant.

IDE : Oui, c'est violent et pour les gens qui sont juste autour, sur les brancards à côté tout simplement. Parfois, même si ce n'est pas une situation qui me concerne, j'y vais juste pour écarter les gens autour quoi. Enfin tu viens parce que tu as mal au ventre, tu vois le mec à côté se faire attacher et tout, enfin c'est qui est cloué au sol et tout.

ESI : Et il y a toujours des sédatifs qui sont mis en même temps ?

IDE : normalement, aucunes contentions physiques sans contentions médicamenteuses ça c'est sûr ! chimique. Parce que t'imagines t'es contentionné ? enfin, je ne sais pas si t'as déjà été obligé à un moment, mais c'est tout con, tu as le nez qui te gratte, mais c'est insupportable quoi, enfin t'as, en

plus à la position elle est comme ça ! les coudes, au bout d'un moment ça fait super mal au coude mais en peu de temps t'as les coudes, alors je ne sais pas si t'as déjà eu ton bras immobilisé comme ça. Parfois en plus, ça touche les barres, donc au bout d'un moment l'appuis ça fait mal, puis les mains elles gonflent, deviennent rouges, les jambes. Et puis, ben les gens, il y en a qui ont eu des accidents, enfin, des sciatiques, le dos il n'est pas forcément bien positionné, puis après il tire dessus donc ça peut abîmer aussi.

ESI : Et les protocoles de sécurité, les protocoles liés à la contention sont respectés dans l'urgence ?

IDE : Moi en tout cas, dans ce que j'ai vu, il y a toujours eu sédation chimique.

ESI : ouais.

IDE : ça c'est ouais, il y a toujours eu. Après c'est compliqué une sédation chimique, parce que, tu ne sais pas ce qu'ils ont pris les gens, donc tu ne sais pas s'ils ont pris dans des toxiques, de l'alcool, mais ils ont très bien pu prendre des médicaments avant, et tu ne sais pas s'ils ont des problèmes cardiaques, s'ils ont des problèmes respiratoires, et la sédation enfin c'est facile.

ESI : Oui, Oui

IDE : parfois on a un peu trop je trouve aux urgences enfin, les urgentistes ont un peu trop la main mise, la main légère, sur allez loxapac ! mais vu que l'on s'attend à ce que ça agisse dans les 5 min parfois ça met plus d'une heure, une heure trente à agir. Et au bout d'une heure et demie, alors là, il dort pendant des heures. Mais vu que ça n'agit pas tout de suite au bout d'une demi-heure ah, ça n'a pas agi, et en remet, et en remet. Et ils mettent des doses, bah après tu as des chutes de tension pas possible, euh des problèmes respiratoires, le Tercian, c'est pareil, là on a de plus en plus de psychiatres qui partent sur du Tercian. L'illusion serait, que ça agit moins vite. Mais en fait, ça agit comme le Loxapac. Sauf que le Loxapac bah ça c'est l'expérience, mais le Loxapac, les gens ne se souviennent pas de ce qu'il s'est passé, ça fait des réveils très brutaux, très agressifs, ils se réveillent et ils sont là, mais qu'est-ce que je fais là, pourquoi je suis attaché d'un coup quoi. Et une sensation de trou noir quoi. Et du coup ils sont hyper agressifs au réveil, ce qui est compréhensible, on serait les premiers à trouvé ça très violent.

Mais là c'est un manque de savoir de la clinique et d'expérience tout simplement, les psychiatres, sont de plus en plus nombreux à passer sur le Tercian qui a aussi ses effets secondaires.

ESI : Oui.

IDE : on déborde un peu, excuse-moi, vasi recentre.

ESI : as-tu autre chose à rajouter ?

Je voulais parler de la dignité humaine, mais c'est compliquer d'avoir une alliance thérapeutique et respecter la dignité humaine si on arrive à la contention.

IDE : L'idée c'est quand même de toujours respecter ton patient, que ce soit, dans le sens ou, ça peut très vite arriver le sentiment que tu as tout pouvoir sur cette personne, que tu penses que, que tu sois convaincu que c'est toi qui as la vérité sur son bien-être. Et le bien-être c'est ça ! et ce n'est pas forcément ça. Chacun est je pense encore libre en France de décider de ce qui est bon pour soi. On peut être chez soi et être Crassous et c'est comme ça ! on n'a pas à décider la fréquence des douches d'une personne, on peut aussi décider que oui il est délirant, mais il peut rester à domicile. Ce n'est pas notre idéal personnel mais ce n'est pas pour autant qu'on va le forcer à faire quelque chose.

ESI : Oui, et dans un contexte d'urgence est-ce que on n'a pas tendance à décider pour autrui ?

IDE : aux urgences le nombre de personnes qui arrivent, parce que c'est le voisinage qui a appelé car, il se laisse aller, il sort plus de chez lui, il délire, il mange plus, il dit des choses bizarres, et il y a la pression de on va l'hospitaliser. Et là, ça peut devenir très problématique, car il dit non. Mais du coup, on le force, du coup il va protester, on va le contentionner et il va se retrouver hospitaliser en psychiatrie sous contrainte. Alors qu'à la base, bah peut-être que on peut se questionner si le maintien à domicile était si catastrophique que ça. Même si effectivement il n'avait pas un idéal de vie qu'on partage. Mais il faut toujours mesurer.

ESI : Mais est-ce que l'on prend suffisamment le temps d'apaiser, de discuter ?

IDE : c'est notre rôle au niveau psychiatrique, pas au niveau des urgences, mais nous en tant qu'infirmier psychiatrique, on doit justement lutter contre la pression de vite, il faut tout, toute de suite, vite une réponse.

Bah parfois il faut du temps, surtout la nuit, donc on va attendre le matin. Oui, oui mais bon là elle est sortante physiquement, peut-être, mais on n'a pas la décision. Autrement la facilité, c'est bon, on l'hospitalise et on reverra demain, et puis la psychiatrie il reverront ça demain.

Du coup tu fais hospitaliser des gens, que parfois tu peux... je vois, ça me fait penser, je coupe, mais ça me fait penser. Là il y a une nouvelle prise en charge, on s'intéresse de plus en plus, au premier épisode psychotique chez les jeunes.

Un jeune patient qui arrive, ou tout te fait penser que c'est un premier épisode psychotique, type délirant. Et maintenant, on essaie de mettre tout de suite un traitement antipsychotique et pas forcément d'hospitaliser et on tente sur quelques jours.

Parce que on se dit que, on pourrait, car là on a les arguments, il est délirant, il fait des bizarreries, il pourrait potentiellement se mettre en danger.

Mais alors arriver à 17 ans en psychiatrie adulte, la famille n'est pas toujours prête non plus, et entendre que c'est de la psychiatrie.

Déjà, on leur dit vous allez voir le psychiatre. Ah bah oui je fume un peu de cannabis, oui mais il n'y a pas que ça là, il y a peut-être autre chose, donc et là, avant toute de suite on pensait hospitalisation, il refusait, ils voulaient se barrer surtout les jeunes ils courent vite !!! on les contentionait au cas où, et ils se retrouvaient en psychiatrie.

Là ont essaient, on est déjà sur autre chose, et ça veut dire du temps pour parler avec les parents, leur expliquer. Voilà dans les jours qui viennent ce qui va se passer, ce qui peut se passer, s'il faut revenir, enfin il leur faut du temps aussi pour un peu assimiler, voir le patient aussi essayer de l'écouter, voir si on ne passe pas à côté de quelque chose non plus quoi. Donc effectivement, mais c'est mais c'est notre rôle au niveau de la psychiatrie de faire freiner les urgentistes et de leurs dire, oui je sais que vous voulez qu'il sorte, mais non, soit on ne va pas le voir toute suite, soit on va ...

ESI : Mais c'est bien d'avoir ces deux alliances parce que finalement vous pouvez avec vos deux expériences aussi euh bah faire une juste balance entre guillemets, peut être éviter certaines fois les conventions ? Et prendre le temps aussi avec certains patients qui nécessitent juste peut être de communiquer.

IDE : Alors ce n'est pas facile, d'autres sortent de violences que subissent les infirmiers de psychiatrie

ESI : j'imagine !

IDE : la pression est très forte quand même faire sortir les gens tout de suite, de faire voir tout de suite, de les faire voir.

ESI : Mais ce sont quand même les psychiatres qui décident sur l'urgentiste ?

IDE : Oui c'est le psychiatre qui décide qui il voit !

ESI : même si on doit faire sortir ?

IDE : Ah non non !! la personne urgence est sous la responsabilité de l'urgentiste !

ESI : d'accord ok

IDE : c'est l'urgentiste qui est maître de son service, et c'est lui qui est responsable au niveau médico-légal donc c'est sa responsabilité. Le psychiatre n'intervient que, c'est un avis en fait. Ouais au niveau

légal ça implique quand même beaucoup, dans une société où il y a quand même de plus en plus de plaintes ce n'est pas rien. Donc non non. Le patient aux urgences et sous la responsabilité de l'urgentiste et le psychiatre intervient en tant que spécialisé il donne un avis.

ESI : Donc ils peuvent mettre la pression sur le fait de sortir vite quoi ?

IDE : Après le psychiatre une fois qu'il a donné son avis, l'urgentiste suit.

ESI : ouais d'accord.

IDE : si le psychiatre dit qu'il n'y a pas d'hospitalisation en psychiatrie il ne peut rien faire sauf le mettre je ne sais pas où. Mais il ne le mettra pas en psychiatrique et il ne peut pas faire une admission en psychiatrie tout seul quoi.

ESI : d'accord !

IDE : et si le psychiatre dit : bah non c'est une hospitalisation l'urgentiste n'ira pas contre l'avis non plus.

ESI : bon je crois que j'ai fait le tour, tu as des choses à rajouter ?

IDE : non c'est bon.

ESI : Merci

Entretien N°2

ESI : Du coup est ce que déjà tu pourrais commencer par m'expliquer ton travail, en quoi ça consiste et depuis quand tu l'exerces ?

IDE : Enfin alors moi, je suis diplômé de l'année dernière, donc tout jeune diplômé on va dire. J'ai commencé, d'abord dans les services d'urgence, mais à Angers, c'est là-bas que j'habitais. Donc j'étais infirmier aux urgences surtout orienté traumatisme et on va dire petite médecine c'étaient souvent des choses on va dire bénignes. Ensuite, je suis parti en médecine cardiologie et soins palliatifs. Et là, Depuis novembre, j'ai été embauché au sein des urgences dans l'unité « HET », donc hôpital en tension. Je suis infirmier en zones de transfert, qui est une zone d'accueil des personnes en attente de dégrisement, en attente de... pour certains, des personnes qui ont fait des IMV, donc on attend de voir s'il y a une stabilisation de l'état. Ou tout simplement, des personnes qui attendent des transferts dans d'autres établissements ou d'autres unités.

ESI : D'accord !

IDE : Donc mon travail, on va dire que c'est plus centré sur la surveillance. Surveillance des préventions de DT (délirium tremens), neurologiques chez les personnes qui ont fait des IMV donc des ingestions médicamenteuses enfin intoxications médicamenteuses volontaires ou tout simplement, enfin, accompagner les gens faire en sorte que ce ne soit pas un moment trop désagréable dans l'attente.

ESI : Au niveau des urgences, tu trouves qu'il y a plus de violence qu'ailleurs ? enfin dans les autres services que t'as pu connaître.

IDE : Oui, clairement il y en a beaucoup plus ! déjà les conditions actuelles font que malheureusement on ne peut pas être là pour tous les patients, il y a énormément de passage. Après je pense que tu vas peut-être avoir d'autres questions là-dessus, mais oui en effet, je trouve que c'est un service où il y a beaucoup plus de violences.

ESI : Donc dans le poste de transfert où tu travailles, il y a plus de violence aussi ? dirais-tu qu'il y a un poste en particulier aux urgences ou alors, c'est ça peut arriver à tout moment de la prise en charge ?

IDE : Ça peut arriver partout ! dans ce qu'on appelle les modules, donc les zones où il y a les premiers examens il y a beaucoup, beaucoup de violences, à l'IAO aussi donc l'infirmière d'accueil et d'orientation, c'est vraiment elle qui est en première ligne, donc il peut se passer tout et n'importe quoi. Mais on va dire que c'est vraiment littéralement partout. Tu peux avoir de la violence aussi bien physiques que verbales. Il y a deux types !

ESI : Il y a 2 types de violences, d'accord ! Et toi, ça t'impacte comment ta profession ? dans ta vie professionnelle ? est-ce que t'arrives à la fin de ta journée après avoir été confronté à la violence à relativiser et relâcher un peu tout ça, dans ton prendre soin ?

IDE : Il y a des moments où oui, tu peux te dire bon. C'était une situation, ça arrive ! Très souvent on a des personnes qui reviennent, très souvent aux urgences, ce sont des personnes que l'on voit très régulièrement. On sait comment elles sont, on arrive quand même à temporiser, canaliser les gens, parce que vu que ce sont des gens qui nous connaissent et nous ont les connaît on sait comme agir.

En revanche, quand ce sont des personnes qui arrivent qui sont très violentes physiquement, il y aura forcément un impact et ce qui se passe de plus en plus en ce moment c'est vraiment la violence physique envers nos collègues. On n'arrive pas à passer outre. Ça te reste dans un coin du crâne, ça impacte forcément ta prise en charge hein.

Moi j'ai des... enfin, on va prendre un exemple, la semaine dernière j'ai une collègue qui s'est fait frapper par un patient. On m'a amené le patient, toute l'équipe ne voulait pas voir ce patient. Parce que déjà il y a ce... enfin, cette image que tu fais du patient. De... il a quand même osé frapper une collègue ! Après forcément, il faut que tu fasses les soins. Tu es là, tu es professionnel. Mais dans un coin de ton crâne tu dis : « franchement j'ai moins envie oui, j'ai vraiment moins envie ».

ESI : Du coup, est ce que vous avez des formations suffisantes peut être ? ou, est-ce que... enfin,

IDE : « non »

ESI : Il y a la présence de médiateurs, de psychologues qui peuvent peut-être prendre le relais ou essayer d'apaiser un peu ?

IDE : Alors ça dépend des situations, pour les personnes par exemple qui sont agitées, là on rentre vraiment dans une case très différente des personnes psy. Un suivi en psychiatrie des personnes, qui malheureusement avec leurs pathologies ne se rendent pas compte de ce qui se passe. On a l'équipe de psychiatrie avec nous, et qui est très présente. Toujours là moi dans mon unité, j'ai juste à les appeler et j'ai une infirmière qui vient. Si ça ne passe pas, on a toujours le psychiatre à côté. Dans les autres services c'est plus compliqué quand il se passe quelque chose ! bah, en fait c'est nous qui gérons. Où bah, en fait il y a le médecin aussi qui est là pour temporiser mais on n'a pas de médiateur, on n'a pas de formation.

ESI : Et vous prenez enfin par exemple les autres types de violences à part la psychiatrie ça va être essentiellement quoi ?

IDE : « l'alcool les drogues les personnes qui s'impatientent. ? »

ESI : Oui quand même ! Et les personnes qui s'impatientent c'est aussi violence physique ?

IDE : Ça arrive ! violence physique et verbales oui. Quand elles ont vraiment marre, que... ça arrive très souvent que... le cas qui se passe, c'est que les personnes veulent partir ! mais si elles partent elles sont danger. On ne peut pas se permettre de laisser quelqu'un qui en danger. Donc faut les retenir essayer de leur expliquer. Sauf qu'au bout d'un moment, ils en ont marre. Ils essaient quand même de sortir des urgences, ils attendent un peu, on peut quand même sortir, même si y'a les badges. Profitent de certains moments ! on essaie de les retenir. Et puis, là il y a des... il y a des cas de violence voilà !

ESI : Et vous pensez que, enfin, je veux dire : est-ce que vous arrivez vite à la contention par exemple où ? est-ce que quand même vous essayez de temporiser ?

IDE : On temporise beaucoup ! c'est beaucoup de négociations, de discussions, d'explications. Nous, on y va dans un premier temps, on discute avec la personne, si ce n'est pas assez clair. On fait intervenir le médecin.

Si par contre ça devient trop violent, ouais, on met en place les contentions. Moi de base, dans mon unité je ne suis pas censé en avoir. Ça arrive très souvent qu'on en est. Après, il y a une réévaluation très rapide hein ! la personne ne va pas rester pendant 24h avec des contentions. Sauf, si vraiment c'est quelqu'un qui, bah qui a frappé littéralement une personne, enfin encore très récemment, c'était il y a quoi, il y a une semaine on a un collègue qui s'est fait frapper au visage on l'a retrouvé au sol en train de se faire frapper au visage par un patient. C'est quelqu'un qu'il faut quand même surveiller les contentions ont été retirées plus tardivement. Mais c'était dans ce contexte vraiment de

En général c'est parce que on attend une intervention de la police, donc pour éviter que la personne fugue on laisse les contentions jusqu'à l'arrivée à la police.

ESI : Ah oui la police peut intervenir carrément dans l'hôpital ?

IDE : Ouais ! si une plainte a été déposé, ou, si la personne est vraiment trop véhémence, trop agressive, on fait intervenir la personne enfin la police pardon et comme c'est des cas de dégrisement, on attend qu'ils une alcoolémie suffisante. Et ils partent en garde à vue.

ESI : D'accord OK !

Euh...

IDE : T'inquiète on y va vraiment si tu as des questions n'hésite pas ! On peut sortir un petit peu de là je pense !

ESI : Euh... bah les différents niveaux de violence du coup c'est ce qu'on a vu, ça serait vraiment catégoriser en psychiatrie et causes toxiques quoi ?

IDE : oui on va dire que c'est la psy-addicto des personnes, un autre type qui aussi, qui arrive très souvent ça malheureusement c'est un souci qu'on trouve. C'est des personnes étrangères qui ne comprennent pas notre langue.

IDE : Nous on n'arrive pas à parler leur langue, je prends un exemple par exemple. On a beaucoup de personnes de Géorgie, on n'a malheureusement pas de traducteur sur place qui parle le géorgien. Quand ces en anglais, ça va on arrive à se débrouiller. Mais ces personnes qui en ont marre, qui ne comprennent pas ce qui se passe. Puisqu'il, là ça se comprend totalement. Et ils ne comprennent pas ce qui se passe, elle ne comprennent pas pourquoi elles sont là et comprennent pas les examens. Donc forcément. Même si nous on arrive dans un pays qu'on commence à nous soigner qu'on comprend pas du tout, la pareil c'est compréhensible. Mais oui il y a forcément enfin la psychiatrie, l'addictologie, la toxicomanie, oui ce sont les points qu'on retrouve très souvent dans les cas de violences.

ESI : Et vous, est ce que vous pensez, enfin, dans l'hôpital dans les services, est ce que vous pensez qu'il y a suffisamment de formation ? que l'institution apporte suffisamment de moyens enfin, de moyens à vous donner à vous pour affronter ça enfaite ?

IDE : Non du tout ! mais c'est le souci dans l'hôpital public. Il n'y a pas de moyens, pas d'effectifs, là on est actuellement en sous-effectif permanent, on revient très souvent sur nos repos pour essayer de compléter. Mais on ne peut pas tout le temps faire ça ! donc non, il n'y a actuellement pas du tout de, de moyens mis en place pour nous sécuriser.

ESI : D'accord !

IDE : On va dire que la seule aide qu'on est en place, ce sont nos collègues. On a, enfin pour les 3/4 on a un petit badge sur nous, qu'on utilise si jamais on est en danger, c'est le seul truc. On a aussi la sécurité, aussi il faut penser à eux.

ESI : Ils sont là en permanence ?

IDE : non, il faut les contacter. Ils sont un petit peu à l'extérieur, mais ils arrivent assez vite en cas de souci. Mais non, non, à côté de ça, on n'a pas de formation enfin moi personnellement je n'ai pas eu de formation. Mes collègues, je ne suis pas sûr qu'ils aient une formation non plus. Et au niveau des budgets alloués non plus. On n'a déjà pas d'effectif. Je ne pense pas, qu'ils aient envie de donner de l'argent.

ESI : Parce qu'on m'avait parlé de la formation oméga, mais je ne sais pas. Enfin, c'est un formateur qui travaillait en psychiatrie qui m'en a parlé donc vous urgences vous êtes non pas du tout là-dedans ?

IDE : pas du tout.

ESI : Et par exemple, là on parlait un peu de sous-effectif, est-ce que ça induit aussi du coup une sorte de violence ? enfin votre épuisement, est ce que ça fait aussi que parfois bah, peut être ça ne tend pas à apaiser la situation, parce que vous êtes épuisée.

IDE : Ça peut ! clairement ça peut ! Forcément quand toi tu es fatiguée, ça altère ta prise en soin, c'est quelque chose qui est très fréquent. Ça n'empêche, qu'on s'est vite passer le relai aux urgences quand tu ne peux pas. C'est quand même un gros, gros point fort des unités, c'est que si tu n'y arrive pas, si tu ne peux pas tu as tes collègues, ils sont toujours là !

ESI : Il y a une bonne entraide ?

IDE : Oui c'est ça !

Là je reprends le cas d'un patient qui a frappé un collègue, il l'on directement emmené dans mon secteur c'était pour les soulager eux ! moi j'arrivais ! c'était ma prise de poste. Voilà, il ne faut pas hésiter ! on est toujours très, très solidaire. On sait que c'est un service très compliqué, avec les patients qui ne sont pas toujours très, très faciles. Mais on sait qu'on peut toujours s'aider. Même si une personne n'est pas dans ton unité, tu peux aller donner un coup de main. C'est ouais, c'est vraiment ce qu'on retrouve tous les jours. Heureusement qu'il y a ça dans les, enfin... dans ce service-là ! c'est que, on est tous très, très solidaire.

ESI : Et vous vous avez des temps, ou enfin... ou vous réunissez ? vous pour parler de situations qui vous ont un peu émotionnellement touché ? es que vous, vous en discuter entre vous quoi ?

IDE : Ça arrive ! c'est sur les temps de pause hein, forcément parce qu'on n'a pas le temps.

Sinon pas du tout le temps et puis tu es tellement pris dans le dans le rush, il y a beaucoup, beaucoup de passages actuellement aux urgences. Tu n'as pas le temps de te poser pour en discuter. Sauf si vraiment ça a été une situation très, très compliquée de violence, ou tu t'es fait vraiment frapper. Tu te poses dans un coin, enfin toute l'équipe est prête à en discuter hein, personne n'est fermé. C'est juste qu'en général on ne s'accorde pas le temps. Et puis est ce qu'on a le temps suffisant pour ça ! je ne suis pas très sûr.

ESI : Oui d'accord !

Du coup, j'imagine que bon bah pour enfin pour maintenir une alliance thérapeutique, avant d'arriver à la contention physique c'est compliqué aussi ?

IDE : Bah tu essaie quand même.

ESI : Où même après avec les patients est ce que vous arrivez à en rediscuter avec eux après de ce qui a amené à cette situation ?

IDE : Oui, quand ces des personnes qui ont été violentes sous le fait de l'alcool, quand elles étaient très alcoolisées à l'accueil, tu peux en discuter après. Il y en a beaucoup qui vont se le rapprocher, tu peux quand même en parler. Quand ce sont des personnes psy, euh, des personnes schizophrènes, des personnes bipolaires qui n'ont pas conscience de ça, c'est plus compliqué. La dernière situation, le monsieur était dans le déni total hein, c'était euh... Je n'ai rien fait à votre collègue. Pourtant vous êtes contentionner. T'essaie de leur expliquer. Mais les personnes comme elles savent qu'elles vont finir au commissariat, elles sont dans le déni total. Et moi je n'ai rien fait ! je n'ai rien fait, ce n'est pas moi du tout ! t'as forcément des gens comme ça ! mais qu'on peut retrouver partout. Qui se retrouvent face à un fait accompli qui leurs ait reproché. Mais qui vont essayer de tout nier en bloc. Mais pour le reste t'as beaucoup de personnes, et puis, comme je comme je disais au tout départ des personnes qui viennent très souvent aux urgences, qui comprennent très bien, que lorsqu'elles sont alcoolisées elles peuvent être violentes, peuvent être virulentes derrière elles s'excusent elles comprennent.

ESI : Et même pour vous du coup, le fait de revenir dessus ça peut aussi favoriser la prise de recul ?

IDE : Ouais, oui !!

Ouais bah la faite d'en reparler avec le patient quand il a dégrisé, ça te permet d'essayer de comprendre un peu plus ce qui s'est passé. Même si en soit tu comprends bien que c'est l'alcool qui a fait que. Ça te reste toujours dans un coin de la tête hein, la violence ce n'est pas anodin, on n'est pas là non plus pour se faire frapper.

ESI : Pour les personnes récurrentes, le prendre soin il est pas du tout impacté ? enfin, vous au bout d'un moment, je ne sais pas est ce que vous ne le mettez pas un peu de côté par exemple ? je ne sais pas moi.

IDE : Pour certains si, dans les modules d'urgence l'endroit où commence la prise en charge, ce sont des personnes qui vont être vu très brièvement, on sait pourquoi elles viennent ! elles savent quand elles vont repartir. Ce sont des personnes qui nous connaissent, nous aussi. Ça n'altère pas la prise en soins du tout parce que c'est des personnes, tu sais pourquoi elles sont là. C'est qu'elles ont des problèmes dans la vie tu essaie quand même de les aider, tu ne peux pas les sermonner parce que

voilà il y a déjà eu un suivi, c'est leur vie. Ils sont pleins de soucis. Au contraire, t'as plus de contact avec ces patients-là ! en fait où t'as, c'est un peu bizarre à dire mais t'as un suivi quoi.

C'est des personnes qui ont été ré hospitalisés donc tu discutes un petit peu avec eux de comment s'est passée l'hospitalisation, de, de, du retour à domicile comment ça s'est passé. Et euh, on va dire que ouais, pour la plupart des personnes comme ça ! t'as, t'as pas de violences, t'as pas d'agressions, quand ils ont dégrisé, ou parce qu'ils reconnaissent les personnes, parce que ouais t'as, t'as un lien qui commence à se créer, tu as une alliance thérapeutique mais uniquement dans le service des urgences, quand ils sortent des urgences, ils reprennent leur vie. Ils refont il se ré alcoolises, ils reprennent de la drogue.

ESI : Donc là, c'est plutôt de l'accueil de la précarité de la population générale finalement ?

IDE : Oui c'est ça, c'est beaucoup de social.

ESI : Et vous avez une assistante sociale aussi pour vous appuyer ?

IDE : Pas au sein des urgences même ! enfin, moi je ne l'ai pas vu. Mais après ça ne fait pas très longtemps que je suis là non plus. Mais oui, on peut faire appel à une assistante sociale et du coup bah elle vient souvent le lendemain. Parce que les gens alcoolisés arrivent souvent fin d'après-midi, ou tout du moins ils sont en train de le faire, et ils sont basculé dans l'unité en fin d'après-midi. Mais si, on a on a quand même une assistance sociale si besoin. Mais ces personnes-là ont beaucoup de suivi psy, addicto donc ils sont connus, les addictologues reviennent les voir etc.... donc si si, on a on a quand même des amis en face pour ça.

ESI : Et vous dans l'équipe en générale, est-ce que vous avez discuté sur des moyens que vous aimeriez avoir aux urgences ? même si...

IDE : Ce qu'on aimerait avoir c'est de l'effectif, hein ! on l'a fait remonter plusieurs fois à l'administration, les cadres sont au courant. Malheureusement, il n'y a pas, plus personne n'est attiré. Enfin pas beaucoup de gens sont attirés à l'heure actuelle par l'hôpital public, ce qui se comprend ! on en a, on en a déjà parlé, mais...

ESI : Juste des effectifs vous pensez que ça pourrait déjà faire une charge de travail en moins par rapport aux violences que, qui sont là, enfin pour gérer ces violences-là en fait ?

IDE : Ouais !

ESI : D'accord !

IDE : Il y a aussi une autre violence aussi à laquelle on se retrouve confronté c'est les familles au téléphone. Forcément, avec le COVID on ne peut pas se permettre d'accueillir toutes les familles. Donc c'est les personnes qui ne comprennent pas les prises en charge, qui souhaitent ceci, cela, alors que. Voilà, le médecin a déjà fait son choix. Donc en fait, on passe nos journées au téléphone, on est usé, usé, on se prend souvent en plein de réflexions. On se fait souvent crier dessus au téléphone. Ne serait-ce que passer le relais de temps en temps, parce que le téléphone je pense que ça prend la moitié du temps dans la journée.

ESI : D'accord OK !

IDE : C'est aussi, il y a aussi l'unité d'hospitalisation de très courte durée hein, qui est petit service d'accueil d'hospitalisation, là, tu passes quasiment toute la journée au téléphone, dès 7h le matin jusqu'au soir donc t'en peut plus, tu as mal à la tête, au bout d'un moment, même au téléphone tu dois pu être très agréable. Tu as de la violence verbale au téléphone très très souvent, donc ouais de l'effectif déjà, ça permet de souffler, de passer le téléphone et dire attend, tu peux le, le prendre ne serait-ce qu'une heure et puis après on rebascule. Ça déjà, ça ferait du bien après dans, dans les modules de soins, oui, ça nous permettrait de passer beaucoup plus rapidement le relais. Ça permet aussi de montrer au patient qu'on est là ! parce que là actuellement, on est deux par unité. Sauf que, quand tu as vingt patients qui ne vont pas bien, il y a une collègue qui est déjà en train de faire le tour de constantes, d'autres collègues qui est en train de faire tous les prélèvements biologiques etc.... Il y a des patients qui se sentent oubliés, la pareil, ça peut monter très vite. Les gens ne comprennent pas pourquoi ils sont là, pourquoi est-ce que ça prend autant de temps. Mais ne serait-ce que de la présence ça peut, je pense que ça peut déjà rassurer pas mal de patients.

ESI : Mais peut-être par exemple, vu qu'il n'y a pas d'argent, mais un autre professionnel qu'un infirmier, où qu'un professionnel de santé, mais quelqu'un genre une secrétaire pour le téléphone ou médiateur, ou autre, qui pourrait prendre le relais ? parce qu'il y a aussi, enfin dans mes recherches, j'ai vu aussi la structuration en fait des urgences. Les familles souvent deviennent agressifs, parce que bah il y a une séparation en fait. Le patient va, enfin la famille est stoppée à un moment donné dans le parcours de soins et du coup il y a cette inquiétude qui monte. Donc est ce que, quelqu'un qui fasse le relais peut être hors infirmier, ça pourrait être faisable où ça serait compliqué quand même de l'inclure dans les soins ?

IDE : Alors secrétaire ça pourrait être une bonne idée, mais le souci c'est que donner des explications médicales où paramédicales pour une secrétaire. Non pas que, je ne veux pas dénigrer leur profession, mais quelquefois ça peut être compliqué. C'est à dire qu'elle va commencer à utiliser des termes et si le patient se demande ce que signifie telle chose, ça peut être un peu compliqué. En soi ça peut être

très bien, nous on a déjà des secrétaires. Sauf que, très souvent c'est : « oui, je vous passe l'infirmière de tel secteur pour donner des nouvelles. » euh, ça arrive aussi qu'on ne puisse pas répondre. Là on a aussi une unité COVID, donc forcément quand on était COVID tu ne peux pas répondre au téléphone donc les gens aussi s'impatientent. Mais un autre professionnel qui peut s'en occuper oui ! une soignante, une ASH, ça pourrait en soit, parce que les, les agents de service sont aussi en contact avec les patients, ils peuvent dire oui, je l'ai vu, il va bien etc.... si, ouais déjà ça pourrait nous soulager déjà pas mal. Mais ne serait-ce que faire des petits éléments ou être présents dans le service ça pourrait être, ça pourrait être bien pour tout le monde.

ESI : Et inclure la Ah ça je ne sais pas, mais inclure la famille un petit peu, pas forcément les laisser tout le temps en attente, mais les, enfin les inclure un peu dans, dans tout le passage enfin, le long passage qui vont faire aux urgences, ans les modules ce n'est pas faisable du tout ?

IDE : Alors, ça peut être faisable sous certaines conditions. Ça peut être très bien ! surtout chez des personnes psy etc.... ça peut être très bien parce que ça leur permet justement d'avoir un lien. Le souci, c'est que quand tu as une famille qui est dans le service, bah eux aussi vont tourner. Ils vont venir te voir, ils vont poser des questions, ils vont revenir auprès du patient, ils vont revenir te voir, et tu vas très très souvent comme quand tu es au téléphone, bah ils vont tout le temps venir te questionner tout le temps, tout le temps, tout le temps. Donc ça va prendre du temps. Beaucoup ! ça peut être, ça peut être bien pour hein tout le monde. Mais ta se cas de figure là.

Et aussi, le fait que le service des urgences quand, enfin surtout la période actuelle, quand il y a du monde bah, en fait, même nous on a du mal à passer dans les couloirs, on pique entre deux brancards, t'es, t'es vraiment plié sur toi. C'est très compliqué. Donc en fait ça fera encore plus de gens dans les couloirs, ça fera encore plus de bazar, donc nous ne peut pas passer et pour les soins c'est très compliqué.

ESI : Oui donc en fait ça rajouterait encore une charge.

IDE : Voilà, ça rajoute du monde dans les couloirs, et puis pour peu qu'il y ait de l'agitation, une famille s'énerve, et c'est malheureusement ce qui se passe aussi dans les urgences. C'est dès que quelqu'un s'énerve, ça va énerver quelqu'un d'autre, puis quelqu'un d'autre, quelqu'un d'autre. Ça va monter crescendo euh, donc là, si une famille commence à s'énerver, ça va faire monter la tension etc.... donc ça, ça peut exploser de partout. Tu peux gérer une personne, tu peux discuter avec une personne qui est, qui est en train de, de s'énerver. Mais si t'as toute la famille on va dire 3-4 personnes qui commencent à s'énerver en plus, ça devient plus compliqué. Tu peux les inclure forcément sur certaines situations quand ce sont des personnes jeunes etc.... ça permet de temporiser, quand eux sont déjà bien au clair. Mais quand tu les accueilles dès le départ ils ne comprennent pas pourquoi ils

attendent etc...., je pense que ça peut être très complexe aussi. Ça peut être bien, comme très néfaste. Donc c'est oui mais sous certaines conditions.

ESI : Ma question ce n'est pas quand vous arrivez aux contentions, et par exemple quand vous avez beaucoup de monde comme ça, est ce que ça n'arrive pas, parce que normalement je pense qu'il y'a pas de chance d'isolement urgences ? non

Mais est-ce que ça n'arrive pas qu'ils se re trouvent conventionné dans, enfin dans un box ou dans une chambre sans surveillances ?

IDE : Si, si, si c'est très récurrent !

ESI : Au niveau du protocole ?

IDE : On les surveille, on a toujours un œil sur ces patients-là, il y a toujours, contention chimique et physique. Les deux vont pairs.

ESI : Oui, alors ça c'est pareil ! C'est toujours, enfin c'est fait automatiquement ?

IDE : Oui ! Si la personne est trop agitée, on passe aussi à la contention chimique hein, c'est on ne laisse pas les gens conditionnés pour les contensionner. C'est, c'est hors de question. Tu as des surveillances. Mais en effet, ce sont des personnes soit qu'on met dans les box, mais malheureusement quand il n'y a pas de place dans les box, les gens sont contensionnés dans le couloir.

ESI : D'accord !

IDE : Ils sont pris en charge très, très rapidement, puis ils sont très rapidement et ils sont très facilement basculés vers une autre unité, de manière à ce qu'ils n'énervent pas tout le monde, qui soit sécurité, et les autres patients soit en sécurité.

ESI : Donc on peut quand même leur basculer ou enfin pour les urgences psychiatriques, je me disais, il ne reste pas forcément dans cet environnement inadapté du coup ni pour vous, ni pour eux finalement.

IDE : Bah après ça dépend de leur état s'ils sont contensionnés, calme du coup tu peux les voir ils sont quand même cachés tu ne vois pas les contentions, tu ne vois pas les personnes qui sont totalement attachés pour tout le monde hein c'est ça peut être très, très comment dire effrayant pour les gens. Mais ouais non, pour les autres personnes qui sont très agitées. En général, le médecin essaie de prendre en charge très rapidement cette personne et puis rebasculer vers une autre unité où elle peut plus facilement surveiller. Ou on a vraiment un œil dessus et puis là, tout le monde peut être en sécurité. Il y a des personnes qui peuvent rester 3, 4h.

ESI : Oui.

IDE : Malheureusement, quand il y a beaucoup de passage, on ne peut pas faire autrement. Mais non c'est les personnes qu'on va essayer de voir assez rapidement. Et qu'on ne laisse pas.

ESI : D'accord.

Je pense que j'ai fait à peu près le tour. Je ne sais pas si tu as quelque chose à ajouter ?

IDE : Non,

C'est plus toi ? comment est-ce que tu vois les soins on va dire et la violence ? qu'est-ce que t'en penses toi pour ta future pratiques infirmière ?

ESI : Bah justement, en fait moi je trouve ça assez dur d'arriver à contentionner quelqu'un. Et je me demandais, en fait, si le fait que ça soit autant... c'est compliqué. Que l'institution soit aussi compliquée, avec des manques de moyens. Si finalement, ça ne facilitait pas le fait de contentionner un patient. Alors que finalement, la communication, des types de communication. Là, je regardais les communications non violentes où peut être que ça, ça pourrait aider. Mais le, le fait de manquer de temps, je pense que ça accentue en fait, le fait de contentionner. Et je trouve ça dommage parce que les patients enfin il y a une perte de, fin parce que ça peut être quand même, pour sa dignité, pour... enfin même s'ils sont alcoolisés, enfin ça reste des personnes et des fois j'ai l'impression que... enfin dans ma tête hein, je, et ce n'est pas un reproche non plus. Mais que la contention va arriver, vite par rapport à un problème institutionnel alors que finalement ça pourrait gérer autrement.

IDE : En fait la contention aux urgences on va la mettre si vraiment il y a un danger. On va, tu verras... enfin, si jamais tu passes aux urgences. On va beaucoup, beaucoup cherché, même si on est très cru dans nos propos, on va d'abord privilégier la parole. C'est vraiment le plus important la contention, on va vraiment la mettre en dernier recours. Ce n'est pas aussi simple que ça ce n'est pas, lui ! il est en train de nous embêter. Et lui ! il est en train de crier. On contentionne ! C'est vraiment le. On ne peut pas, là on ne peut pas. Il se mélanger, il met en danger les autres, il nous mais aussi nous-mêmes en danger. Là, on met les contentions. C'est, c'est...

ESI : L'institution, ne vous donne pas forcément les formations, le personnel. Donc finalement en fait, euh. Bah, on peut-on peut se demander, et c'est, enfin je ferai je pense pareil, mais si a des moments en fait, peut-être une 1/4 d'heure une demi-heure mais ça prend, 1/4 d'heure une demi-heure dans une journée c'est énorme je pense, que ce temps à discuter, est-ce que ça ne pourrait pas déjà apaiser, la personne qui parce qu'elle ne veut pas être en soin par exemple, je ne sais pas moi, alcoolisée elle refuse un soin mais finalement, une fois qu'elle aura dégrisé, elle sera tout à fait d'accord. Donc le fait

d'apaiser de la mettre en confiance, peut-être de prendre ce temps en fait pourrait pas favoriser, son hospitalisation, son alliance thérapeutique.

IDE : Bah là, c'est là que « le transfert » aussi est important. Donc l'unité dans laquelle je suis. C'est que, quand les personnes sont dans le refus de soins et justement on sait que c'est l'alcool qui fait, qui sont contre. Ils viennent dans le secteur ils dégrisent, et ensuite le médecin vient refaire un point. Donc, nous on a dans cette unité-là. On a deux médecins on va dire, on a celui du module d'urgence d'accueil, qui va commencer à le voir. Si vraiment il est dans le refus des soins.

ESI : Donc MAO ?

IDE : Enfin d'abord le médecin des modules B donc module allongé, où module A pour la traumatologie. S'il ne peut pas, si l'interne ne peut pas, et ben il va dégriser. Quand il aura dégrisé, et c'est là qu'on a le MAO donc le médecin d'accueil d'urgence, qui s'occupe aussi de la zone de transfert qui va refaire le point avec lui, qui va tout lui réexpliquer etc.... l'infirmière psy qui va repasser, donc quand on sait que c'est trop compliqué, que la personne est trop alcoolisée, qu'on ne peut pas faire le point avec elle, temporises. Et puis 24h après, ou moins de 24h. Là on va faire un point quand il à récupérer et qu'il est à 0. Voilà il a quand même, on s'en occupe quand même. Il, il va quand même voir un médecin. Mais oui ? quelques fois il vaut mieux temporiser un petit peu l'alcool, le mettre dans un dans un coin où il est surveillé, et puis attendre que ce soit plus calme.

ESI : Et toi c'est dans cette unité de transfert, du coup ta les moyens en fait, de quand même surveiller un peu plus poussée que dans le reste des modules des urgences ?

IDE : Oui et non !

ESI : Il y a combien ? tu peux accueillir combien de patients ?

IDE : alors, au maximum normalement, je peux accueillir sept patients, sur les périodes style fêtes de fin d'année on peut aller a beaucoup plus. Vu que c'est beaucoup de gens qui viennent pour un dégrisement. Là, par exemple, au nouvel an je pense que je devais avoir entre 10 et 11 patients, j'avais malheureusement des personnes dans le couloir. Et en fait en soi, c'est une unité peut être très bien ! je ne vais pas cracher dessus, c'est l'unité dans laquelle je travaille. Mais on est aussi le lien entre l'unité COVID et l'unité d'hospitalisation de très courte durée. On a une collègue de chaque côté, sauf que quand c'est hyper tendu nous on se détache. C'est notre aide-soignante qui s'en occupe, sauf que notre aide-soignante, l'après-midi elle va donner un coup de main à l'accueil qui est déjà surchargé. Donc on est là pour les patients, on essaie de tendre l'oreille. Mais il faut qu'on se dispathe un petit peu partout. Là encore, on revient sur le manque d'effectifs, c'est le, le gros souci mais, le fait d'avoir affecté un infirmier un ou une soignante ce cette unité-là. Ça aide quand même pas mal.

ESI : Ça rajoute du coup quand même un effectif finalement quoi,

IDE : Ouais c'est ça ! ça permet de prolonger la prise en charge avec un soignant qui n'est pas dans le module quoi !

ESI : Ah oui.

IDE : Tu es en dehors, tu peux quand même aider en effet ouais.

ESI : Et toi émotionnellement ? jeune diplômé ? comme ça ne t'a pas trop perturbé au départ ?

IDE : Alors ça, ça va être une parenthèse. C'est que, ce n'est pas comme ça qu'on m'avait vendu le poste.

ESI : D'accord !

IDE : Ça c'est, c'est totalement différent. Je n'ai pas un profil d'urgence enfin je n'ai plus le profil urgences. J'ai commencé ma carrière comme ça, j'ai vu autre chose qui m'a plu. Là je devais être aux urgences temporairement, en attendant qu'un poste en soins palliatifs se libère. Ça devait être un poste initialement de renfort. Donc quand on en a parlé c'était vraiment j'allais partir dans les modules aider les collègues, et en fait je me retrouve dans une unité avec des horaires qui sont très compliquées c'est 12H-22h, donc ça fait quand même une journée ou tu ne vois pas beaucoup de soleil. Et puis, je ne m'attendais pas à me retrouver auprès de ces populations-là ! je n'ai pas, je ne suis pas non plus fan de la psychiatrie de l'addictologie. Donc je n'y attendais pas. Ce n'est pas un poste qui me plaît, c'est un poste que je vais sans doute, enfin que je vais quitter prochainement. Parce que c'est pas du tout mon profil et puis au bout d'un moment tu considères que ton travail c'est plus de gardiennage.

ESI : D'accord c'est donc qu'il y a une perte de sens dans les soins quand même ?

IDE : Ouais, ouais, c'est à dire que, je pense que, comme on se le dit très souvent, c'est même une blague entre nous, mais si on mettait un agent de sécurité à notre place ça ferait exactement pareil. On n'a pas de soins techniques, c'est très rare ! je pense que la dernière fois que ça m'est arrivé c'était au nouvel an, pour faire un bilan sang, ou de temps en temps tu changes de 3 perfusions, mais ça, c'est à dire que si tu mets une perfusion avant qu'ils partent dans le secteur ça marche.

Non ce n'est pas une unité qui est très agréable, qui est épuisante physiquement et moralement, parce que tu te demandes ce que tu fais là ! la valeur de ton diplôme ? surtout ça peut être très, très cru dit comme ça et pas forcément la réalité parce que je pense qu'on a aussi nous épuisé mais non ça, ça ne nous donne pas envie. Je pense que là ! ce n'est pas l'endroit le plus intéressant pour débiter de sa carrière.

ESI : D'accord.

Mais tu dirais que c'est ça dans les urgences en générale, où vraiment le poste pour lequel enfin pour lequel on ton affectée ?

IDE : les urgences ça peut être très intéressant, encore une fois, on vient aux conditions actuelles qui font que c'est moins intéressant c'est aussi pour ça qu'on a un manque d'effectif mais pas qu'ici, vraiment littéralement partout j'ai aussi des collègues de promotion qui sont partis à Angers, et qui m'ont dit que c'était, c'était très compliqué. Les urgences, c'est l'endroit où t'apprend le plus, tu vois plus de choses, mais déjà au début de carrière enfin des grosses urgences comme ça s'est compliqué physiquement, moralement parce que t'as beaucoup de choses. Et ouais, ouais non franchement sûr sur cette activité là c'est très fatigant. Ce n'est pas un secteur qu'on peut choisir comme ça en tout premier boulot quoi !

ESI : Et pourtant quand t'as été embauchée, on ne t'a pas forcément dit les choses telles qu'elles étaient réellement quoi ?

IDE : Non !

ESI : Alors que finalement déjà si on cherchait à attirer des gens qui sont enfin qui ont ce souhait, cette fibre de, de s'occuper de ces personnes-là finalement ce sera peut-être déjà un début en fait.

IDE : C'est ça ! enfin, moi si on m'avait dit de prime abord, c'est pour s'occuper de personnes alcoolisées de, de personnes qui viennent pour des choses vraiment, plus type psychiatrie addictologie. J'aurais réfléchi à deux fois.

ESI : Oui ! surtout si tu dis que t'as un profil un peu plus, soins palliatifs !

IDE : Oui, voilà on voit bien que c'est pas du tout le même système, c'est pas du tout la même prise en charge. Donc non, non c'était un poste qui devait être à la base temporaire le temps qu'une place ça libère, je n'ai pas de nouvelles à l'heure actuelle.

ESI : D'accord !

IDE : Non ce n'est pas un poste qui est très intéressant on va dire. Ça peut l'être pour des personnes qui ont un profil plus psy, qui aiment ça. Mais moi ce n'est pas quelque chose qui me convient pas du tout. N'empêche que tu le fais quand même avec beaucoup de.

Oui bah oui parce que tu, même si t'aimes pas ce que tu fais, t'es là quand même pour les patients, c'est des humains tu t'occupes d'eux, t'es là pour eux, et puis euh bah eux peuvent aussi très bien te le rendre. C'est toujours intéressant cet échange, c'est donnant-donnant. Mais ouais si, si bon il faut se

dire que oui même si ce n'est pas le métier, enfin le poste le plus intéressant des urgences. Ça reste quand même un poste, ça reste la profession infirmière,

ESI : Et qu'est-ce que ça t'aura appris du coup dans cette prise en charge, enfin qu'est-ce que, si tu partais demain que retiendrais-tu quand même ? qu'est-ce que ça t'a appris dans ta manière d'aborder la violence, les gens alcoolisés, enfin de d'essayer d'apaiser les choses, enfin, t'a développé des techniques peut être toi individuellement ?

IDE : C'est une bonne question ! ouais, à chaque fois que tu rencontres une nouvelle situation de façon tu en apprends forcément beaucoup, en effet ça permet d'acquérir beaucoup de patience, mais euh, ouais ne serait-ce que dans la communication etc.... tu aborde quelque chose de différent tu vois des personnes, comme on disait tout à l'heure, qui ont des problèmes sociaux. Donc déjà tu en apprends toi-même de leur vie hein, tu essayes toi-même de comprendre ce qui se passe dans leur vie, pour que ça se passe comme ça ! mais oui, ne serait-ce que comprendre le, enfin comprendre ; c'est un bien grand bien grand mot, parce qu'on ne peut pas comprendre ce que vivent les gens. Mais essayer de, de voir un petit peu ce qui se passe dans la vie des gens pour, pour analyser les soucis ça permet de creuser. Parce que la toxicomanie et malheureusement la dépendance à l'alcool, c'est vraiment des cas qu'on ne voit pas tout le temps et qui ne nous concernent pas tous ! donc quand on ne le vit pas, on ne peut pas savoir ce qui se passe. Mais les patients mettent des mots dessus, tu essayes de comprendre ce qui s'est passé dans leur vie, quand tu te retrouves face à des personnes précaires. Oui non tu en apprends beaucoup sur la vie des gens et sur beaucoup d'aspects que tu ne vois pas.

ESI : Et du coup ça te fait aussi réfléchir sur tes représentations personnelles concernant personnes-là enfin des représentations de la société ?

IDE : voilà enfin tu vois des personnes, même si t'es pas dans le jugement dans la rue tu te poses des questions sur leur vie et quand tu prends vraiment le temps de discuter avec eux ça te change totalement l'image, tu vois une personne qui est alcoolodépendante qui est dans la rue, et d'un coup tu apprends tout ce qu'il a fait dans la vie. Tu te dis ouah ! cette personne-là ! a plus de diplômes que moi, elle a plus d'expérience que moi, elle a plus de connaissances que moi, c'est bien plus différent que ce que je pensais. C'est des personnes très souvent qui ont eu des soucis et puis moi je me retrouve souvent avec des personnes qu'on ouais, qu'on des diplômés d'ingénieur, qui était dans les lettres etc....

ESI : Donc ça apprend quand même une maturité finalement un peu sur la communication et à relativiser un petit peu enfin ne pas émettre de jugement peut être rapide.

IDE : C'est ça ! Ouais déjà de base on ne doit pas être dans du jugement, oui mais enfin ça ne se fait pas un peu inconsciemment.

Bon je pense que oui inconsciemment dans ta tête à un moment tu peux poser un jugement de valeur, mais tu l'oublie très vite parce que t'es pas là pour ça ! chacun sa vie. Mais ouais non ça te permet justement de voir tout ça !

ESI : OK ouais ben pour moi c'est bon !

IDE : Et toi tu te vois aller aux urgences plus tard ?

ESI : Moi je me vois aux urgences ? je ne sais pas trop en fait, je me ça c'est un peu effrayant d'entendre tout ça, et en même temps je me dis ça doit être une expérience assez intense aussi, et puis pour repérer, sans parler que de violence, mais je pense que ça te donne un œil expert, peut-être pour repérer les signes cliniques parce que tu es confronté à une multitude de pathologies donc oui ça aguerrit un peu ton expertise je pense.

IDE : T'en apprends beaucoup mais il faut être prêt à recevoir beaucoup d'un coup, c'est à dire que quand t'es dans un service, t'as une spécialité, tu apprends ta spécialité, c'est-à-dire, toutes les pathologies liées à cette spécialité. Quand tu arrives aux urgences tu as de tout, littéralement tout ! chaque point peut être alarmant, alors ça peut-être quelque chose de bénin, mais faut toujours être vigilant, toujours faire attention à tout, tu peux passer d'une chambre ou tu vois avec quelqu'un qui a un problème neuro, à une autre avec un problème digestif, etc.... urologie, rhumato, donc oui, tu vois énormément de choses. Mais il faut être prêt à se dire, je vais, ce soir je vais rentrer j'aurai la tête comme ça !

ESI : Oui !

IDE : J'en pourrai plus, j'aurai vu plein de choses et faut voilà, faut quand même du temps pour assimiler tout ça. Au départ ça peut être très frustrant de se dire je n'y arrive pas, je n'arrive pas à comprendre. A voir quelle est l'urgence par rapport telle urgence, c'est, c'est, il faut compter un an à peu près.

ESI : D'accord !

IDE : Pour apprendre à tout connaître. Mais en effet c'est très intéressant. Et je pense que le point fort des urgences aussi, ce qui fait qu'actuellement ça donne vraiment envie d'y rester. C'est que t'as toujours tes collègues, ne faut pas l'oublier, même si c'est un endroit qui est très effrayant qui, qui peut être violent, qui peut qui enfin dans lequel tu vas rencontrer tout type de pathologies, tu auras

toujours tes collègues, que ce soit les médecins, internes, externes, les infirmiers, les aides-soignants, t'as des anciens qui t'apprennent énormément quoi.

ESI : Un socle !

IDE : Ouais c'est ça ! et si tu ne te tires pas vers le haut, bah en fait tout le monde sombre. Donc c'est un peu ça le souci ! mais on sait tous se tirer vers le haut ! c'est à dire que même moi, qui suis nouvellement diplômée. Ben j'ai des collègues qui sont plus anciennes qui craquent j'ai encore la fraîcheur de l'exercice, je peux tendre l'oreille et il ne faut pas oublier que c'est un point essentiel c'est qu'on est tous très solidaire, et sans ça ... bah il y aurait plus d'urgence. On est en sous-effectif certes mais on arrive à montrer qu'on est là les uns pour les autres.

C'est une des valeurs importantes ! si on ne se soutenait pas il y aurait plus d'urgences.

ESI : Merci.

Tableau d'analyse d'entretiens

Violence / Agressivité			Violence / Agressivité		
Caractéristiques / natures			Caractéristiques / Nature		
Type de violence	Niveaux de violence	Causes de la violence	Type de violence	Niveaux de violence	Causes de la violence
<p><u>Soignants</u></p> <p>Des réponses parfois sur un ton qui peut paraître agressif Le ton monte</p>	<p><u>Soignants</u></p> <p>Hospitalisation sous contrainte</p>	<p><u>Soignants</u></p> <p>Les collègues sont fatigués</p> <p>Alors que, c'est juste une fatigue</p>	<p><u>Soignants</u></p> <p>Verbales</p> <p>Au bout d'un moment tu n'es plus agréable</p> <p>Au bout d'un moment tu dois plus</p>	<p><u>Soignants</u></p> <p>Même si on est très cru dans nos paroles</p>	<p><u>Soignants</u></p> <p>Forcément quand toi tu es fatiguée, ça altère ta prise en soin, c'est quelque chose qui est très fréquent.</p> <p>On ne peut pas se permettre d'accueillir toutes les familles</p>

Pression temporelle		Dépêchez-vous ! on n'a pas que ça à faire, on en a d'autres derrière !	être agréable au téléphone		On essaie de les retenir et puis là il y a des cas de violence
<p><u>Patients</u></p> <p>Différentes sortes de violence</p> <p>La violence c'est à peu près la même partout ..., sauf qu'elle est différente</p> <p>Il y a tous types de violence.</p> <p>La petite mamie qui s'agrippe</p>	<p><u>Patients</u></p> <p>Mensonge (du soignant)</p> <p>Le vouvoiement est passé au tutoiement</p> <p>Tutoiement devenu menaces</p> <p>Menaces devenues menaces de mort</p> <p>Des paroles même un mouvement</p>	<p><u>Patients</u></p> <p>Violences liées à l'impulsivité.</p> <p>Liées à des pathologies psychiatriques.</p> <p>Liées à des personnalités.</p> <p>Personnalités qui sont intolérantes à la frustration, qui sont impulsives.</p>	<p><u>Patients</u></p> <p>Violence physique et verbales oui</p> <p>Violence physique</p> <p>Qui a frappé littéralement une personne</p> <p>Violence verbale au téléphone</p> <p>Des personnes qui avec leurs pathologies ne se rendant pas compte de ce qui se passe</p>	<p><u>Patients</u></p> <p>Personnes qui arrivent qui sont très violentes physiquement</p> <p>Ce qui se passe de plus en plus en ce moment c'est vraiment la violence physique envers nos collègues.</p> <p>J'ai une collègue qui s'est fait frapper par un patient</p> <p>Violences aussi bien physiques que verbales.</p> <p>Il y a deux types !</p>	<p><u>Patients</u></p> <p>L'alcool, les drogues, les personnes qui s'impatientent.</p> <p>Quand elles ont vraiment marre</p> <p>C'est que les personnes veulent partir, on essaie de les retenir. Et puis, là il y a des... il y a des cas de violence voilà !</p> <p>C'est la psy-addictologie</p> <p>Ce sont des personnes étrangères qui ne comprennent pas notre langue. Ils ne comprennent pas ce qui se passe, elle ne comprend pas pourquoi elles sont là et comprennent pas les examens</p>

Morsure		Violences liées aux pathologies, délire,		Frapper au visage on l'a retrouvé au sol en train de se faire frapper au visage par un patient	La psychiatrie, l'addictologie, la toxicomanie
Crachats	Un mouvement de bras qui commence à s'approcher	hallucinations, lié à des persécutions, délires, interprétations		Les familles	On retrouve très souvent des cas de violences
Éviter les traitements dans la figure	L'escalade est entamée	Les violences liées aux consommations de substances : alcool, toxiques		Le téléphone	Violence sous le fait de l'alcool
Les griffures	Les contentions chimiques	Misère sociale		Clairement il y a beaucoup plus de violence qu'ailleurs	C'est beaucoup de social
Ce n'est pas forcément des coups		Troubles types borderline		C'est un service où il y a beaucoup de violence	Ta pas de violence, t'as pas d'agressions quand elles ont dégrisé
La violence c'est aussi verbal		Violences liées à l'attente, les gens attendent très longtemps, la promiscuité		Ça peut arriver partout	Violence sous le fait de l'alcool
Des menaces, des insultes				Il y a beaucoup, beaucoup de violence	Personne psy, tb bipolaire, schizophrène
				Il peut se passer tout et n'importe quoi	Les personnes alcoolisées peuvent être très violente
					Les gens alcoolisées
					C'est beaucoup de social

<p>C'est bah connasse Je vais te buter Tous les mots d'oiseaux Les menaces sur les enfants, sur la famille Je vais te repérer Je vais te suivre</p> <p>Toutes les nuits il y a de la violence verbales et physiques</p>		<p>Les attentes, les gens qui parlent fort, c'est bruyant, il y a beaucoup de monde</p> <p>Ils n'ont pas de réponses La promiscuité, les lieux clos, ne pas pouvoir sortir quand ils veulent fumer, boire un café</p> <p>Les gens attendent des heures aux urgences</p> <p>Les réponses qu'ils ne souhaitent pas forcément, des réponses qu'ils n'attendaient pas.</p> <p>Les gens sont fatigués</p>		<p>On se prend souvent pleins de réflexions</p> <p>On se fait crier dessus</p>	<p>Les patients se sentent oublié ça peut monter très vite</p> <p>Les personnes qui ne comprennent pas la prise en charge</p> <p>Ils ne comprennent pas pourquoi ils sont là, pourquoi ça prend autant de temps</p> <p>peu qu'il y ait de l'agitation, les familles s'énervent, ça va énerver quelqu'un d'autre, puis quelqu'un d'autre, ça va monter crescendo, ça va faire monter la tension, ça peut exploser de partout.</p> <p>Ils ne comprennent pas pourquoi ils sont là</p> <p>Quand les personnes sont dans le refus de soins et justement on sait que c'est l'alcool qui fait</p>
---	--	---	--	---	---

		<p>C'est de la petite manipulation ?</p> <p>C'est un trouble de la personnalité</p> <p>Il est sourd ?</p> <p>Il ne maîtrise pas les lieux.</p> <p>C'est un sevrage alcoolique ?</p> <p>Il est envahi d'angoisses ?</p> <p>On va l'hospitaliser. Et là, ça peut devenir très problématique, car il dit non</p> <p>Première épisode psychotique</p>			
--	--	---	--	--	--

Impact / Émotions			Impact / Émotions		
Émotions	Impact	Dignité	Émotions	Impact	Dignité
<p><u>Soignants</u></p> <p>Essayer que ça se passe au mieux</p> <p>Différents aspects à bien le vivre</p> <p>Je n'ai pas de souci avec ça !</p> <p>Parfois ce sont les urgentistes qui prescrivent la contention et pas les psychiatres</p> <p>Les psychiatres ne prescrivent pas tant</p>	<p><u>Soignants</u></p> <p>Parfois est vécu comme de l'agressivité alors que les gens, c'est juste qu'ils sont fatigués, ils parlent forts, ils sont agacés</p> <p>Les urgentistes c'est compliqué pour eux</p> <p>Les psychiatres c'est notre travail</p> <p>La personnalité de chacun, il ne faut pas</p>	<p><u>Soignants</u></p>	<p><u>Soignants</u></p> <p>On est usé, usé</p> <p>T'en peux plus</p> <p>T'en peux plus, t'as mal à la tête</p> <p>Ça te reste toujours dans un coin de la tête</p> <p>La violence ce n'est pas anodin</p> <p>On n'est pas là non plus pour se faire frapper</p>	<p><u>Soignants</u></p> <p>L'IAO c'est elle qui est en première ligne</p> <p>Il peut se passer n'importe quoi</p> <p>Toute l'équipe ne voulait pas voir ce patient</p> <p>Plus personne n'est attiré</p> <p>Les gens ne sont pas attirées par l'hôpital</p> <p>Tu es là, tu es professionnel. Mais dans un coin de ton</p>	<p><u>Soignants</u></p> <p>L'autre jour j'ai une collègue qui s'est fait frapper par un patient</p>

<p>que ça ce sont les urgentistes qui prescrivent</p> <p>Nous, ça nous sécurise.</p> <p>On a un ton plus posé</p> <p>Je sors du boulot c'est fini</p> <p>Je n'ai jamais eu de soucis</p> <p>Je n'ai jamais été agressé non plus</p> <p>Ce que je mets en place me permet de</p>	<p>avoir peur des gens en psychiatrie</p> <p>Il ne faut pas avoir peur des gens</p> <p>Ça n'aide pas les collègues après (le mensonge)</p> <p>Tu ne vas pas sur ce poste quand tu as peur de la violence, et quand on ne peut pas la gérer</p> <p>On ne tient pas longtemps</p> <p>Admettre que soit même on ne peut pas</p>		<p>Cette image que tu te fais du patient</p> <p>Il a quand même osé frapper un collègue</p> <p>Il faut que tu fasses les soins</p> <p>Ça te reste dans un coin du crâne</p> <p>On n'arrive pas à passer outre.</p> <p>, je trouve que c'est un service ou il y a beaucoup plus de violences.</p> <p>Il y a des moments où oui, tu peux te dire bon. C'était</p>	<p>crâne tu dis : « franchement j'ai moins envie oui, j'ai vraiment moins envie ».</p> <p>Toute l'équipe ne voulait pas voir ce patient</p> <p>Ça impacte forcément ta prise en charge</p> <p>Il y aura forcément un impact</p> <p>Au bout d'un moment tu considères que ton travail c'est plus du gardiennage</p>	
---	--	--	---	--	--

ne pas avoir été agressé	travailler dans des conditions comme ça		une situation, ça arrive	Si on mettait un agent de sécurité à notre place ça ferait exactement pareil	
Je considère que c'est l'infirmière de psychiatrie qu'ils agressent	Leur dire, on est ensemble pour travailler ensemble (avec le patient)		Ce n'est pas un poste qui me plait		
Je ne me sens pas concerné par cette agressivité	Les soignants des urgences on beaucoup de mal		Je n'ai pas un profil d'urgence	Tu te demandes ce que tu fais là, la valeur de ton diplôme	
Moi personnellement ils ne me connaissent pas	C'est ce qu'ils disent C'est ce que j'entends beaucoup		Ce n'est pas un poste qui me plait	Ils l'ont directement emmené dans mon secteur c'était pour les soulager eux !	
Ils ont beau m'insulter ça ne me touche pas	Ils disent qu'ils n'auraient pas pu faire de la psychiatrie		Je ne suis pas fan de la psychiatrie, de l'addictologie	C'est une des valeurs importantes ! si on ne se soutenait pas il y aurait plus d'urgences.	
			C'est épuisant moralement et physiquement		

<p>Ce n'est pas moi c'est la fonction</p> <p>C'est peut-être un moyen de défense de ma part</p> <p>Je ne me sens jamais visé, ni par les insultes, ni par l'agressivité</p> <p>J'arrive à me détacher</p> <p>C'est ma personnalité</p> <p>J'ai déjà vécu des situations avec des collègues à coté</p>	<p>C'est un poste qui use</p> <p>Ils ne restent pas très longtemps</p> <p>Ils déchantent vite</p> <p>Très compliqué à gérer</p> <p>Mettent en difficulté les équipes</p> <p>Les équipes n'en peuvent plus</p> <p>Le personnel n'est pas venu aux urgences pour ça</p> <p>La fatigue</p>		<p>C'est très compliqué moralement et physiquement</p> <p>C'est très fatigant</p> <p>Ce n'est pas un poste très intéressant</p>		
---	---	--	---	--	--

<p>Parce que la situation est passé on passe à autre chose</p> <p>Les urgences c'est ça ! on agit et on passe à autre chose</p> <p>On agit, il se passe une situation et oh on passe à la situation d'après</p> <p>La situation est réglée quand la personne sort des urgences</p> <p>Ce n'est pas discuté ce n'est pas la culture</p>	<p>Tu te retrouves à accueillir cette parole alors que toi aussi tu as été confronté à cette situation</p>				
--	--	--	--	--	--

J'ai des collègues qui parfois l'air de rien s'arrête à mon bureau					
<u>Patients</u> Pour apaiser Ça se passe sans problème il accepte l'hospitalisation Sentiments d'urgence Sa apaise, ça impressionne (la sécurité)	<u>Patients</u> Ils sont fatigués, ils parlent forts, ils sont agacés, ils ont vu je ne sais pas combien de personnes. Un sentiment d'urgence et aux urgences on vous dit bah non ce n'est pas une urgence, les gens ils boue	<u>Patients</u> Pas de lieu dédié à la contention Les gens sont contentonnés sur un brancard, dans un couloir à notre vue Quelqu'un contentonné dans un box non fermé à clé ce n'est pas sécuritaire, n'importe qui peut rentrer et faire ce qu'il veut sur cette personne c'est trop dangereux.	<u>Patients</u> Il y en a beaucoup qui vont se le reprocher	<u>Patients</u>	<u>Patients</u> Vu très brièvement, on sait pourquoi elles sont là Malheureusement quand il n'y a pas de place dans les box, les gens sont contentonnés dans le couloir Ça dépend de leur état s'ils sont contentonnés calme du coup tu peux les voir ils sont quand même cachés,

<p>Il y a des gens c'est leur mode d'expression</p> <p>Lui ne le vivra peut-être pas comme de l'agressivité</p> <p>Ça permet d'apaiser</p>	<p>Passe à l'acte directement</p> <p>Les gens qui sont dans l'immédiateté, c'est très compliqué pour eux de patienter</p> <p>Ça peut être très compliqué pour eux d'attendre</p> <p>Ça peut créer des violences</p> <p>Ça embête tout le monde.</p> <p>Ils ne supportent pas d'être là, les gens ne</p>	<p>Ils sont mis dans le couloir pour qu'on puisse les voir.</p> <p>Ce n'est pas l'idéal</p> <p>Intégrité physique</p> <p>C'est l'infirmière de psychiatrie tout fort dans le couloir</p> <p>Tout le monde est au courant</p> <p>Déshabillez-vous !</p> <p>On les retient contre leur volonté.</p> <p>Ils ont le droit de partir de quel droit on les garde.</p>			<p>tu ne vois pas les contentions.</p> <p>J'avais malheureusement des personnes dans le couloir</p>
--	---	---	--	--	---

	<p>supportent pas de les voir là</p> <p>Mes patients sont confrontés à ça !</p> <p>Ils ont vu beaucoup de monde</p> <p>Pas pris au dépourvu</p> <p>Ils sont énervés donc forcément ça monte</p> <p>Patient en crises</p> <p>Ils ne veulent pas rester</p> <p>Je veux partir</p>	<p>Il y a des protocoles qui font qu'ont les gardent quand même</p> <p>Pleins de règles qui ne sont pas en accord et qui viennent se confronter les unes aux autres.</p> <p>Entretien dans le couloir, ce n'est pas ce qu'il y a de mieux</p> <p>Mais du coup, on le force, du coup il va protester, on va le contentionner et il va se retrouver hospitalisé en psychiatrie sous contrainte.</p> <p>Alors qu'à la base, bah peut-être que on peut se questionner si le maintien à domicile était si catastrophique que ça.</p>			
--	---	---	--	--	--

	Laissez-moi tranquille Refus de soins				
--	---	--	--	--	--

Prendre soin	Prendre soin
Communication	Communication

<p><u>Au moment de la crise</u></p>	<p><u>Après coup pour l'équipe outils en place</u></p>	<p><u>Après coup pour patient</u></p>	<p><u>Au moment de la crise</u></p> <p>Ce sont des personnes que l'on voit très régulièrement, on sait comment elles sont on arrive à temporiser, canaliser</p> <p>C'est des gens qui nous connaissent, et nous on les connaît on sait comment agir</p> <p>On a l'équipe de psychiatrie avec nous, j'ai juste à les appeler et j'ai une infirmière qui vient</p> <p>Si ça ne passe pas on a toujours le psychiatre</p>	<p><u>Après coup pour l'équipe outils en place</u></p> <p>Tu peux en discuter après</p> <p>D'en reparler avec le patient quand il a dégrisé, ça te permet d'essayer de comprendre un peu plus ce qui s'est passé.</p>	<p><u>Après coup pour patient</u></p> <p>Qui n'ont pas conscience de ça, c'est plus compliqué</p> <p>Lorsqu'elles sont alcoolisées elles peuvent être violentes, peuvent être virulentes derrière elles s'excusent elles comprennent.</p> <p>Donc tu discutes un petit peu avec eux de comment s'est passée l'hospitalisation</p> <p>Tu as une alliance thérapeutique mais uniquement dans le service des urgences</p>
-------------------------------------	--	---------------------------------------	--	---	--

--	--	--	--	--	--

<p>Si délirant, lui donner un traitement pour apaiser.</p> <p>Parfois juste écouter, répondre ça redescend</p> <p>Travaillé sur le fait de ne pas aller en escalade</p> <p>Il parle fort, parlez plus fort ça va monter</p> <p>Des stratégies basées sur qu'est-ce qu'il se passe, pourquoi vous criez, relancer la situation</p> <p>Connaître la clinique (se questionner sur les raisons)</p> <p>Apaiser un peu</p>	<p>Le psychologue</p> <p>Médecine du travail</p> <p>Entre collègues</p> <p>Le psychiatre aussi</p> <p>L'infirmière psy</p> <p>L'équipe soignante</p> <p>Travailler en équipe permet d'en reparler après coup</p>	<p>Il faut du temps, surtout la nuit, donc on va attendre le matin</p>	<p>On tempore beaucoup, c'est beaucoup de négociations, de discussions, d'explications</p> <p>On va d'abord privilégier la parole</p> <p>La contention aux urgences on va la mettre si vraiment il y a un danger</p> <p>On contentionne si vraiment on ne peut pas, il se mélange, il met en danger les autres, il nous met en danger</p> <p>Ils viennent dans le secteur ils dégrisent, et ensuite le</p>	<p>C'est sur les temps de pause</p> <p>Toute l'équipe est prête à en discuter</p> <p>Personne n'est fermé.</p> <p>On ne s'accorde pas le temps</p> <p>Si c'est une situation très compliquée, tu te poses dans un coin</p> <p>On est tous très, très solidaire</p> <p>On à l'équipe de psychiatrie</p> <p>L'infirmière de psychiatrie</p>	<p>D'en reparler avec le patient ça permet de comprendre un peu plus</p> <p>L'infirmière psy va repasser</p> <p>On va faire un point quand il aura récupéré et qu'il est à zéro.</p> <p>Les addictologues reviennent les voir</p> <p>Une assistante sociale</p>
---	--	--	--	---	---

<p>Éviter l'escalade c'est ça l'idée</p> <p>Tout expliquer au patient</p> <p>Toujours tout dire au patient</p> <p>Ne pas mentir</p> <p>Pas de fausses promesses</p> <p>Tu leurs ment une fois, la deuxième fois c'est grillé</p> <p>Toujours dire, expliquer</p> <p>Dire les choses au fur et à mesure</p> <p>Je mesure un peu</p>			<p>médecin vient refaire un point</p> <p>Quelques fois il vaut mieux temporiser, le mettre dans un coin ou il est surveillé puis attendre qu'il soit plus calme</p> <p>On a les médecins qui sont là pour temporiser</p>		
--	--	--	--	--	--

<p>J'entends le ton qui monte ..., j'y vais, parfois introduire un tiers, venir se caler entre deux personnes ou il y a de l'escalade</p> <p>On fait intervenir les collègues</p> <p>On arrête l'entretien</p> <p>Traitement antipsychotique</p> <p>Parler avec le patient, essayer de lui expliquer</p> <p>Prendre du temps parler avec les parents leur expliquer ce peut se passer, ce qu'il va se passer</p>	<p><u>Moyens envisagés</u> par _____ le <u>professionnel</u></p> <p>Des temps de formation</p> <p>Des échanges obligatoires</p> <p>Du débriefing</p>			<p><u>Moyens envisagés par le professionnel</u></p> <p>On aimerait des effectifs</p> <p>Donc ouais de l'effectif déjà</p> <p>De la présence pour rassurer</p> <p>Secrétaire ça serait compliqué de donner des informations au téléphone</p> <p>Agents de service ou ASH ça pourrait soulager (répondre au téléphone)</p> <p>Inclusion des familles sous certaines conditions</p>	
---	--	--	--	---	--

Institution			Institution		
Moyens / Outils			Moyens / Outils		
<u>Législation</u>	<u>Formation et technique de protection</u>	<u>Limites</u>	<u>Législation</u>	<u>Formation et techniques de protection</u>	<u>Limites</u>
<p>Accès au dossier psychiatrique et au dossier des urgences.</p> <p>Recherche de la personne à prévenir</p> <p>Contact des proches</p> <p>Les orientations : retour au domicile, hospitalisation sous contrainte, hospitalisation libre.</p>	<p>Il faut la formation, la formation continue.</p> <p>Les différentes formations qu'on peut continuer pendant qu'on travaille.</p> <p>Solliciter des formations au maximum sur l'agressivité et la clinique.</p> <p>La partie pratique : on travaillait plus sur la clinique, sur l'entretien infirmier, sur le positionnement</p> <p>La formation</p>	<p>Ce n'est pas la formation à l'IFSI qui est suffisante</p> <p>Qu'on est beaucoup trop jeune à cette époque-là aussi</p> <p>Le manque de formation, C'est eux qui se retrouvent confrontés aux situations les plus compliquées</p> <p>Pas formations obligatoires</p>	<p>Surveillance</p> <p>La personne ne va pas rester 24H avec des contentions</p> <p>Surveiller les contentions retirés plus tardivement</p> <p>Intervention de la police</p>	<p>Donc faut les retenir essayer de leur expliquer</p> <p>On temporise beaucoup</p> <p>On fait intervenir le médecin.</p> <p>La seule aide qu'on ait en place, ce sont nos collègues.</p>	<p>Les conditions actuelles</p> <p>On ne peut pas être là pour tous les patients</p> <p>Il y a énormément de passage</p> <p>On ne peut pas se permettre de laisser quelqu'un qui en danger</p> <p>Parce qu'on attend une intervention de la police, pour éviter que la personne fugue on laisse</p>

<p>Recherche d'un tiers, c'est la loi</p> <p>Il faut que j'ai eu l'entourage et que je le prouve.</p> <p>J'ai le droit de contentionner, je peux le justifier</p> <p>C'est sur prescription médicale</p> <p>Si on sent un danger, on peut contentionner et le médecin valide ou invalide après.</p>	<p>Plus bénéfique à mon sens</p> <p>Partie pratique avec venu d'un policier</p> <p>Sur la mise en sécurité de tout le monde</p> <p>La fuite en premier</p> <p>Faire attention à ce qu'il y ai une porte, ne pas se mettre dans un angle, ne pas toucher, leur demander leur avis, pas de position de défense, ne pas avoir les mains dans les poches, avoir les bras las ce qui permet de se défendre</p> <p>Faire attention à son positionnement</p> <p>Mise en place de formation</p>	<p>Du point de vue médical, on ne peut pas les laisser partir sans qu'ils aient dégrisé.</p> <p>Alcoolémie ou toxiques positifs on ne les laisse pas sortir car il y a un risque qu'ils se blessent ou qu'ils blessent quelqu'un. Du coup on ne peut pas.</p> <p>Après dans les urgences générales on n'est pas responsable des gens violents, ce n'est pas de la psychiatrie</p> <p>Les toxiques ce n'est pas de la psychiatrie c'est de l'addictologie mais pas de</p>	<p>Eviter que les gens fugue</p> <p>Laisser les contentions</p> <p>Dépose plainte</p> <p>Intervention de la police</p> <p>On attend qu'ils aient dégrisé</p> <p>On surveille</p> <p>On a toujours un œil sur ces patients là</p> <p>Il y a toujours contentions chimiques et contentions</p>	<p>On a aussi la sécurité</p> <p>On a un petit badge sur nous, qu'on utilise en cas de danger</p> <p>Si trop violent, mise en place de contention</p> <p>On sait vite passer le relai</p> <p>On sait que l'on peut toujours s'aider</p> <p>Changer le patient de secteur</p> <p>Si tu ne peux pas tu as tes collègues,</p>	<p>les contentions jusqu'à l'arrivée à la police.</p> <p>Si une plainte a été déposée, ou si la personne est vraiment trop véhémente, trop agressive, on fait intervenir la police.</p> <p>Il n'y a pas de moyens, as d'effectifs, là on est actuellement en sous-effectif permanent</p> <p>On revient très souvent sur nos repos</p> <p>Il y a beaucoup, beaucoup de passages actuellement aux urgences.</p> <p>Pas de traducteur</p>
---	---	--	--	--	--

<p>Ont les retient contre leurs volontés</p> <p>Il y a des protocoles qui font qu'on les garde</p> <p>Les règles ne sont pas en accord</p> <p>Aucunes contentions physiques sans contention chimique</p> <p>Sédation chimique</p> <p>Parfois les urgentistes ont un</p>	<p>L'expérience</p> <p>Solliciter les formations au maximum à la fois sur l'agressivité mais aussi sur la clinique et tout au long de sa carrière</p> <p>Parfois d'introduire un tiers, c'est-à dire une personne qui va venir se caler entre les deux personnes, ou il y a cette escalade qui peut arriver. Ça permet d'apaiser, vraiment.</p> <p>Utilisation d'un ton posé</p> <p>Expliquer, dire la vérité</p> <p>Ne pas tourner le dos, ne pas se mettre dans un angle, s'assurer d'où se trouve la porte, prévenir ses collègues, ne pas y aller seul</p>	<p>permanence pour l'addictologie la nuit.</p> <p>Ça ne fait pas partie de mon travail d'accompagner fumer.</p> <p>Je peux, mais ça ne fait pas partie de mon travail.</p> <p>Sachant que s'il se passe quelque chose</p> <p>On a déjà pas mal de prise en charges, nos patients qui sont dans plusieurs endroits</p> <p>On n'a pas beaucoup de temps, il y a des entrées toute la nuit</p> <p>C'est compliqué on n'a pas beaucoup de temps</p>	<p>physiques ça va de pairs</p> <p>Si la personne est trop agitée on passe à la contention chimique</p> <p>Tu as des surveillances</p> <p>Contentions en dernier recours</p> <p>Les personnes sont dans le refus de soins</p>	<p>ils sont toujours là !</p> <p>Tu essaies de leurs expliquer</p> <p>Le médecin essaie de voir rapidement cette personne et puis le rebasculer dans une autre unité</p>	<p>Tu n'as pas le temps de te poser pour en discuter</p> <p>On a du mal à passer dans les couloirs</p> <p>Il y a du monde</p> <p>On pique entre deux brancards</p> <p>T'es vraiment plié sur toi</p> <p>C'est très compliqué</p> <p>Pour passer pour les soins c'est très compliqué</p> <p>C'est nous qui gérons</p> <p>On n'a pas de formation</p> <p>On n'a pas de médiateur</p>
---	--	--	---	--	--

<p>peu trop la main légère sur le loxapac</p>	<p>Entretien dans le couloir en dernier recours</p> <p>Ne pas toucher les gens (proxémie), garder une distance</p> <p>Faire appel à la sécurité incendie (dissuasion) ça peut impressionner, apaiser et sécuriser le personnel.</p>	<p>On peut porter plainte</p> <p>C'est compliqué sur une plainte ton nom et ton adresse apparaissent</p> <p>Tu peux être accompagné en attendant c'est toi qui portes plainte et pas l'hôpital contre le patient.</p> <p>La pression est très forte quand même faire sortir les gens tout de suite</p>			<p>Actuellement pas du tout de, de moyens mis en place pour nous sécuriser.</p> <p>On n'a pas de formation</p> <p>On n'a pas d'effectifs, je ne pense pas qu'ils aient envie de donner de l'argent</p> <p>On n'a pas le temps</p> <p>Tu es tellement pris dans le dans le rush</p> <p>Tu n'as pas le temps de te poser pour en discuter</p> <p>Au maximum normalement je peux accueillir 7 patients sur des périodes styles fêtes</p>
---	---	--	--	--	---

					<p>de fin d'année on peut aller a beaucoup plus</p> <p>Il faut qu'on se dispatch un peu partout</p> <p>Je devais être aux urgences temporairement en attendant un poste en soins palliatifs</p> <p>Je me retrouve dans une unité avec des horaires très compliqués</p> <p>Je ne m'attendais pas à me retrouver auprès de ces populations-là</p>
--	--	--	--	--	---

Abstract

Au cours de mes expériences professionnelles, j'ai été confronté à des actes violent envers les personnels de santé. Ce qui m'a questionné sur l'impact émotionnel des soignants, les conséquences sur le prendre soin et les outils mis en œuvre pour pallier cette violence, malgré des conditions d'accueil et d'exercice souvent difficiles.

Mots clés : Prendre soin, violence, agressivité, communication, refus de soin, consentement

Dans un premier temps, je décris deux situations rencontrées dans les services, que j'analyse ensuite pour en extraire ma question de départ qui est la suivante : "En quoi, la violence rencontrée dans les services d'urgence impacte-t-elle le prendre soin infirmier, d'un patient non consentant aux soins ?"

Au cours de mes recherches, j'ai défini le prendre soin, et certaines autres notions qui me semble importantes dans les soins. Ensuite j'évoque la violence, et l'agressivité, en précisant leurs différences, pour enchaîner sur les causes menant à la violence aux urgences, les niveaux et leurs manifestations.

Enfin, j'évoque la question de la violence aux urgences, les réactions face à celle-ci ainsi que les moyens mis en œuvre pour y remédier. Dans ces outils j'ai développé la question du médiateur, de la communication et des mesures de protection du personnel mis en place par l'institution. Pour terminer j'ai abordé le thème du consentement et du refus de soin qui engendre aussi des situations de violence.

Pour appuyer mes recherches, j'ai réalisé deux entretiens semi-directifs pour lesquels j'avais réalisé au préalable un guide d'entretien afin de répondre à mes questionnements. Les limites qu'ont constitué ces entretiens ont été la difficulté temporelle qui a entraîné une difficulté d'analyse.

Ce qui est ressorti de mes interviews est en corrélation avec mon thème de recherche. A savoir, les causes et manifestations de violence, l'impact émotionnel des soignants et les limites de l'institution ainsi que les moyens, outils mis en place ou que le personnel aimerait avoir.

Abstract

In my professional experiences, I have been confronted with acts of violence against health workers. Which asked me about the emotional impact of caregivers, and how this affects their "take care" and the tools used to deal with this violence, despite difficult exercise conditions.

Keywords: Take Care, violence, Aggressiveness, communication, refusal of care, consentement

Firstly, I describe two situations encountered in the services, which I then analyze to extract my initial question, which is as follows: "How does violence in emergency services affect the take care of a nurse, a patient who does not consent to care?"

During my research, I have defined "take care", and some other concepts that seem important to me in care. Then I talk about violence, and aggressiveness, pointing out their differences, to follow up on the causes leading to violence in the emergency room, the levels, and their manifestations.

Finally, I raise the issue of violence in emergencies, the reactions to it and the means used to remedy it. In these tools I developed the question of the mediator, communication, and the measures of protection of the staff put in place by the institution. Finally, I addressed the topic of consent and refusal of care, which also leads to situations of violence.

To support my research, I conducted two semi-directive interviews for which for which I had prepared an interview guide to answer my questions. The limitations of these interviews were the difficulty of time, which made it difficult to analyse.

What emerged from my interviews correlates with my research topic. That is, the causes and manifestations of violence, the emotional impact of the caregivers and the limits of the institution as well as the means, tools put in place or that the staff would like to have.