

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER
Session Juillet 2018
Mémoire de fin d'études

SOIGNEZ-MOI, EXCUSEZ-VOUS !

Quand la violence progresse dans les services d'urgence.



Louise THIBAUD

Promotion 2015-2018

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation aux Professions de Santé
La Roche-sur-Yon

Notes obtenues session Juillet 2018 :
Mémoire : 19,25/20
Soutenance : 17,50/20

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER
Session Juillet 2018
Mémoire de fin d'études

SOIGNEZ-MOI, EXCUSEZ-VOUS !

Quand la violence progresse dans les services d'urgence.



Louise THIBAUD

Promotion 2015-2018

Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation aux Professions de Santé
La Roche-sur-Yon

Remerciements,

Un grand merci, à ma directrice de mémoire, Lucile CHANSON, pour sa disponibilité, son soutien, son écoute durant l'élaboration de ce travail.

Je tiens aussi à remercier particulièrement les trois formateurs référents pédagogiques, qui m'ont suivi, soutenu et motivé durant ces années de formations : Fabrice JOUBERT, Catherine BOULAY et enfin Sylvie NOTEBAERT.

Je voudrais également remercier les trois professionnelles de santé, pour leur collaboration et leur temps lors des entretiens exploratoires, et sans qui ce projet n'aurait pu aboutir.

Merci à mes camarades des promotions 2012-2015 notamment Manon pour n'avoir jamais cessé de croire en moi, et 2015-2018 pour leurs encouragements et leur accueil, et plus particulièrement, Margot, Mélanie, Léa et Charlotte.

Merci à Eden, infirmière et ancienne collègue, qui a su me redonner confiance, la force et l'envie de reprendre la formation pour devenir infirmière. Sans elle je n'en serais pas là aujourd'hui.

Olivia, tu as toujours été là pour moi dans les bons comme les mauvais moments. Tu es ma « princesse des îles », ma confidente, une épaule sur qui je pourrais toujours compter, alors merci. Merci pour toute l'affection que tu m'apportes...

Merci à mon conjoint, Julien, d'avoir été là dans les moments de doutes et de m'avoir épaulée.

Enfin, je souhaite éprouver ma gratitude et mon plus grand amour envers mes parents et mes grands-parents, mon oncle et ma tante qui ont toujours garder confiance en moi malgré un parcours semé d'embûches.

« La violence est injuste, d'où qu'elle vienne »

Jean-Paul Sartre
Artiste, écrivain, Philosophe, Romancier (1905 - 1980)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
I. Situation d'appel	12
I.1 Situation n°1	12
I.2 Situation n°2	14
II. Choix	16
III. Questionnement initial	18
III.1 Question initiale de départ.....	19
IV. Phase exploratoire	21
IV.1 Le service des urgences	21
IV.2 De l'agressivité à la violence	23
IV.3 L'agressivité	23
IV.3.1 Les niveaux d'agressivité	24
IV.4 La violence en milieu de soin	25
IV.4.1 Définitions	26
IV.4.2 La violence, qu'est-ce que c'est ?	27
IV.4.3 La violence, qui est concerné ?	28
IV.4.4 La violence, où, quand et comment se déroule-t-elle ?	30
IV.4.5 La violence, pourquoi émerge-t-elle ?	31
IV.5 Réactions des soignants face à la violence	33
V. Analyse des entretiens exploratoires	35
VI. Question de départ	45
VII. Phase conceptuelle	47
VII.1 La contention.....	47
VII.2 Le soin et le prendre soin.....	52
VII.3 Le concept de sécurité au travers de l'insécurité	55
VIII. Synthèse	58
VIII.1 Question de recherche provisoire	59
CONCLUSION	61
SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES	63
ANNEXES	
Annexe I : Guide des abréviations utilisées	I

Annexe II : Répartition des signalements en 2015.....	II
Annexe III : Répartition des signalements en 2016.....	III
Annexe IV : Réactions immédiates à la violence	IV
Annexe V : Guide d’entretien	V
Annexe VI : Verbatim de l’entretien exploratoire n°1	VII
Annexe VII : Verbatim de l’entretien exploratoire n°2	XXI
Annexe VIII : Verbatim de l’entretien exploratoire n°3	XXX
Annexe IX : Tableau méthodologique n°1 d’aide à l’analyse des entretiens exploratoires.....	XXXV
Annexe X : Tableau méthodologique n°2 d’aide à l’analyse des entretiens exploratoires.....	XXXIX
Annexe XI : Fiche de surveillance contention et isolement.....	XLII
Annexe XII : Illustrations des différentes contentions mécaniques au lit	LII
Annexe XIII : Les 10 critères pour assurer la qualité de l’utilisation de la contention par l’HAS	LIII
Annexe XIV : Stratégie de prise en charge en cas d’agitation ou de trouble du comportement	LV

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Actuellement en troisième année d'études d'infirmière, j'effectue en lien avec l'unité d'enseignement 3.4 « *initiation à la démarche de recherche* »¹, et 5.6 « *analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles* »², un mémoire de fin d'études pour valider les trois ans de formation. Ces unités d'enseignements s'inscrivent respectivement dans la compétence 8 du référentiel de formation « *rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques* »³ et, la compétence 7 « *analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle* »⁴. Ce mémoire de fin d'études permet de se projeter en tant que future professionnelle de santé. Pour ma part, je souhaite travailler dans le service des urgences. C'est un service qui me plaît par sa diversité de pathologies et de populations rencontrées, ainsi que par les compétences et connaissances à mobiliser au quotidien. De plus, par le biais de l'unité d'enseignement 3.3 du semestre 5⁵, et de l'unité d'enseignement optionnelle 5.7 « *Gestion des soins critiques* »⁶ du semestre 6, j'ai pu rencontrer des professionnels y travaillant, me mettre en situation de simulation de soins d'urgence, et cela a fortement conforté mon choix professionnel.

J'ai donc choisi naturellement pour mon travail de fin d'études de partir d'un thème qui me tenait à cœur et qui me questionne : la violence au cœur des urgences.

L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS), expose sur son rapport de 2017 (données de 2016), que 84% des victimes d'atteintes à la personne sont les personnels de l'établissement de santé, et que 70% des auteurs de fait de violence sont les patients.

Ayant exercé pendant deux ans comme aide-soignante, dont un an en service d'urgence de nuit dans un hôpital de proximité, j'ai pu observer que la violence est relativement omniprésente dans ce service. Que ce soit une violence verbale ou physique, chaque jour, chaque nuit, au moins un fait de violence était vécu ou observé par un ou plusieurs professionnels de santé, qu'il soit médecin, infirmier, aide-soignant, secrétaire médicale, ou agents de service hospitalier.

¹ Formation des professions de santé, Profession INFIRMIER, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, à jour le 1/08/2013, REF. 531200, Page 91

² *Ibid.* p. 113

³ *Ibid.* p. 41

⁴ *Ibid.* p. 39

⁵ *Ibid.* p. 89

⁶ *Ibid.* p. 114

La violence et l'agressivité d'un patient ne sont pas un frein dans ma pratique professionnelle. Il y a une certaine attractivité chez moi, à prendre ce type de patients en charge sans savoir pourquoi. Ces notions m'interpellent et m'attirent. Peut-être est-ce dû à mon histoire de vie, ou à toute autre chose, mais j'ai besoin d'en comprendre davantage sur la violence en milieu de soins et surtout dans le service bien spécifique des urgences.

En première partie, j'exposerais mes deux situations vécues lors de mon exercice professionnel comme aide-soignante qui me font, aujourd'hui, écho comme étudiante infirmière. Ensuite, je présenterais mon questionnement initial, à l'issue des situations. Puis, je présenterais les recherches effectuées lors de ma phase exploratoire ainsi que les enquêtes réalisées auprès des professionnels de santé. Enfin, j'élaborerais, dans ce travail de fin d'études, ma question de départ et terminerais avec la phase conceptuelle, relevant des champs disciplinaires de mon mémoire, où des concepts seront mis en exergue lors de l'analyse des entretiens exploratoires.

SITUATIONS D'APPEL

I. Situations d'appel

« Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercices ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. »⁷. De plus l'article L.4314-3 du Code de la Santé Publique (CSP) précise que « les infirmiers et infirmières et les étudiants des instituts de formation préparant à l'exercice de la profession sont tenus au secret professionnel dans les conditions et sous les réserves énoncées aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal »⁸.

Par souci du respect du secret professionnel, j'appellerais dans la situation n°1 le patient Mr X, et dans la situation n°2 j'appellerais le patient Paul, et je ne citerais aucun lieu précis.

Pour lancer mon sujet d'études, je vais présenter deux situations qui se sont déroulées durant mon exercice comme aide-soignante en service d'urgence.

I.1 Situation n°1

Il est environ 20h30, nous sommes samedi, l'équipe de nuit (quatre infirmières diplômées d'état⁹, deux aides-soignantes¹⁰) et moi-même venons d'arriver pour commencer notre nuit de travail.

Mr X est amené quelques minutes après la fin des transmissions, par les pompiers aux urgences. Etant disponible, je viens aider ma collègue infirmière d'accueil et d'orientation¹¹, qui est seule pour réaliser l'entrée de Mr X. J'emmène Mr X dans un box disponible.

Je commence à l'installer et lui explique que je vais devoir le déshabiller. Mr X refuse catégoriquement et hurle. Je reformule alors mes propos pour lui faire comprendre que cela est nécessaire pour passer les radios, pour poser une voie veineuse afin de lui administrer des médicaments pour le soulager et pour que le médecin puisse l'ausculter. Mr X refuse une nouvelle fois.

⁷ Légifrance, service public de la diffusion du droit, (page consultée le 19/02/17), **Loi du 4 Mars 2002**, [en ligne], URL :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006685741&idSectionTA=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170219>

⁸ *ibid.*

⁹ Lire IDE pour la suite du travail

¹⁰ Lire AS pour la suite du travail

¹¹ Lire IAO pour la suite du travail

Il me crie dessus en disant ne pas vouloir rester dans cet hôpital et qu'il veut rentrer chez lui en banlieue parisienne pour se faire opérer, qu'il veut qu'on aille chercher sa femme pour qu'elle l'aide à se lever et partir. Voyant la situation se compliquer et l'opposition insistante de Mr X, je décide d'appeler ma collègue infirmière, l'infirmier du Service d'Aide Médical d'Urgence¹² et le médecin, et leur expose rapidement la situation. Le médecin me demande d'aller chercher son épouse et que lui va aller voir Mr X de suite. J'accompagne Mme X jusqu'au box, et la prévient du comportement agité de son époux. Je la fais entrer.

Je me positionne à cet instant sur la droite du patient, le médecin est en face de moi et mes deux collègues IDE sont positionnées près de la porte du box. Mme X essaye de raisonner son mari mais il lui dit « *Pourquoi tu es là ? Tu vois pas que j'ai mal, dit leur que je veux partir, je ne veux pas être opéré, aide moi à me relever, dépêches toi !* ». Mr X fait de grands gestes, le médecin essaye de le retenir car nous avons peur qu'il frappe sa femme. Je dis à Mme X de venir s'asseoir sur une chaise. Elle s'exécute. Je retourne sur la droite de Mr X et je commence à lui parler d'une voix calme pour qu'il s'apaise afin de lui expliquer les soins que nous voulons lui prodiguer.

Mr X m'écoute, s'apaise. Je cesse de parler et le médecin reprend la parole. A ce moment-là, pensant que Mr X était calmé, je me penche au-dessus du brancard pour remettre le saturomètre sur le doigt de Mr X. Ce dernier, me met une violente gifle. Je suis un peu sonnée, choquée, et je mets plusieurs minutes à retrouver mes esprits sans quitter le box.

Je décide alors de recadrer Mr X d'une voix calme mais ferme sur le geste qu'il avait eu envers moi et sur son comportement. Il ne me répond pas. Je sors du box accompagné de mes collègues puis je vais m'asseoir quelques instants pour me remettre de la situation qui venait de se produire. Je sentais en moi un sentiment de culpabilité, d'échec et de colère. Je tremblais et je ne savais plus quoi faire. J'avais même honte.

Je suis retournée dans le box environ 30 minutes après, et Mr X me voit, sourit et me remercie. Je suis surprise. Il me dit vouloir n'avoir à faire qu'à moi pour la suite de sa prise en charge. J'accepte mais je lui explique que mes collègues infirmiers et médecin seront amenés à venir le voir pour l'examiner et réaliser des examens complémentaires. Mr X accepte uniquement si je suis présente avec eux, chose que j'ai fait durant tout le reste de sa prise en charge.

¹² Lire SAMU pour la suite du travail

I.2 Situation n°2

La deuxième situation se déroule également aux urgences. Nous accueillons un jeune homme, que je nommerais Paul, d'une vingtaine d'années pour agressivité et violence sur la voie publique, sous l'emprise de l'alcool. Lorsqu'il arrive, il est menotté aux mains et pieds, et est contentionné au brancard des pompiers. Environ six gendarmes sont présents et ces derniers nous disent que c'est un boxeur confirmé.

Paul est très agité, il insulte très violemment toutes les personnes qu'il voit ou qu'il entend parler, que ce soit les gendarmes, infirmières, aides-soignantes ou médecin. Certaines de ces personnes répondent à ses insultes en faisant de même et en haussant le ton.

Je suis à côté de lui au niveau de sa tête. Je me fais aussi insulter mais je réponds calmement et à voix posée. Je reste à côté de lui et je pose ma main sur son dos.

Le médecin lui fait une injection de Loxapac®¹³, qui fonctionne bien. Paul est moins agité mais il montre des signes de violence et d'agressivité verbale envers certains soignants et gendarmes qui s'approchent trop près de lui.

Puis, il dit : *« je veux qu'il y'ai que la dame qui était à côté de moi qui s'occupe de moi, les autres allez tous crever, y'a qu'elle qui peut me toucher et me parler ».*

¹³ Loxapac® : neuroleptique. EurekaSanté, VIDAL, (page consultée le 17/03/2018), LOXAPAC, [en ligne], URL : <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-mloxap01-LOXAPAC.html>

CHOIX

II. Choix

J'ai choisi pour mon travail de fin d'études de partir d'un thème global que regroupait ces deux situations. Après une relecture de celles-ci, j'ai été amené à percevoir que certaines notions revenaient de manières récurrentes.

Je souhaitais m'orienter dans un premier temps sur un thème qui était : l'apaisement vocal dans la prise en charge de personnes violentes et agressives aux urgences. Puis après réflexion et questionnement, je me suis rendue compte qu'il fallait partir d'un thème plus généraliste.

En effet, les mots « *violence* » et « *agressivité* » sont ceux qui reviennent le plus souvent, mais aussi le « *soignant* », et plus subtilement la mise en place d'un « *projet de soin* ».

En regroupant tous ces termes, j'ai rédigé le thème suivant :

« La prise en charge de la violence verbale et/ou physique chez un patient agressif aux urgences. »

QUESTIONNEMENT INITIAL

III. Questionnement initial

Ces situations m'ont en effet interpellées, mais pas tout de suite, je dirais plusieurs semaines après. En y repensant cela a suscité beaucoup d'interrogations et de questionnements sur ma pratique professionnelle comme aide-soignante mais aussi, comme étudiante infirmière, car j'ai vécu durant mes stages plusieurs situations de violence et/ou d'agression. J'ai souhaité travailler plus particulièrement sur ces situations car, pour moi elles reflètent bien le quotidien du personnel soignant à l'hôpital, de manière générale et sur les difficultés rencontrées par les soignants quant à la prise en charge des patients violents. A noter une augmentation de la violence dans les établissements de soins depuis quelques années.

Ces situations ont déclenché chez moi une envie de comprendre, de me questionner sur ma pratique professionnelle, sur la pratique infirmière et d'analyser pourquoi.

Mon questionnement est le suivant :

- Qu'est-ce que sont les Urgences ? Quelle est la population accueillie ? Les missions ?
- La violence fait-elle partie des situations fréquentes aux urgences ?
- Quelles différences y'a-t-il entre la violence et l'agressivité ?
- Qu'est-ce-que l'agressivité ?
- Qu'est-ce que la violence ?
- Quelles sont les différentes formes de violence ?
- A quel moment parle-t-on de violence ?
- Est-ce que la violence peut être perçue comme un symptôme d'une pathologie ?
- Comment les soignants vivent-ils la prise en charge d'un patient violent ?
- Quelles sont les réactions des soignants face à une prise en charge de patients agressifs et/ou violents ?
- L'expérience joue-t-elle dans la prise en charge d'un patient violent ?
- L'environnement de travail joue-t-il un rôle lui aussi ?

III.1 Question initiale de départ

Au regard de ce questionnement simpliste et naïf, j'ai pris un temps, afin de regrouper les éléments similaires. De plus, que ce soit lors de mon exercice professionnel ou lors de mes stages comme étudiante infirmière, j'ai observé des postures soignantes différentes pour gérer ces situations de violence. Cela m'a questionné « *ai-je bien fait ? Aurait-on pu faire autrement ?* ».

Ce qui m'a amené à poser la question de départ suivante :

« En quoi la violence du patient peut-elle impacter sur son projet de soins ou sa prise en charge par les soignants dans le service des urgences ? »

Je commencerais tout d'abord par exposer le cadre théorique de mes recherches où les notions essentielles du sujet de mémoire seront exploitées ainsi que des entretiens avec les professionnels de santé rencontrés lors des entretiens exploratoires qui seront analysés. Enfin j'élaborerais ma question de départ qui me permettra de développer différentes notions expliquées en phase conceptuelle.

PHASE EXPLORATOIRE

IV. Phase exploratoire

Afin de bien appréhender le contexte environnemental dans lequel les situations se déroulent, j'ai eu besoin de comprendre au préalable, ce qu'était le service des urgences par le biais de lectures et de recherches.

IV.1 Le service des urgences

Etymologiquement, « *urgent* » signifie « *qui ne peut attendre* ». La définition de l'urgence par le Dictionnaire Micro Robert de la langue française est la suivante : « *Caractère de ce qui est urgent, Nécessité d'agir vite.* » Cette première définition pose la notion de la réalisation d'une action rapide.

D'après la circulaire de la direction des hôpitaux du 14 Mai 1991, les Urgences sont définies comme le lieu de « *l'accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie* »¹⁴.

Le Service d'Accueil des Urgences (SAU), est instauré par le décret n° 95-647, du 9 mai 1995, modifié par le décret n° 97-615, du 30 mai 1997. Le SAU doit « *accueillir, sans sélection, vingt-quatre heures sur vingt-quatre tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales.* »¹⁵. Les urgences sont donc un lieu d'accueil 24h/24, 7 jours/7 de toutes personnes se présentant quelque soit son problème de santé.

¹⁴ Circulaire n°DH.4B/DGS 3E/91-34 du 14 Mai 1991, (page consultée le 26/11/17), relative à l'**amélioration des services des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'amélioration**, [en ligne]. Adresse URL : www.em-consulte.com/article/298399/index-des-lois-decrets-arretes-et-circulaires

¹⁵ Bibliothèque Numérique de Droits de la Santé et d'éthique médicale (BNDS), (page consultée le 26.11.17), **Définition du SAU**, [en ligne]. Adresse URL : <https://www.bnds.fr/dictionnaire/sau.html>

Au niveau de l'urgence médicale, elle est définie, par le Groupe d'Enseignement des Activités de Secours et de Soins d'Urgence-Réanimation (GEASSUR) de la façon suivante :

« Quelle que soit son origine (médicale, chirurgicale, traumatique ou obstétricale), l'urgence définit le plus souvent un tableau rapidement évolutif qui réclame, dans les meilleurs délais, une réponse efficace et adaptée. Son objectif, suivant le degré de gravité de la situation, est :

- La réversibilité des atteintes déjà constatées*
- La prévention de l'aggravation*
- Un sauvetage pur et simple »*

L'urgence est donc une notion relative et multidimensionnelle qui prend en compte une multitude de pathologies et de populations. Dans la société, on entend souvent par urgence, le fait qu'il faille aller vite, la représentation d'un service ou rapidité et efficacité sont mots d'ordre.

La subjectivité de l'urgence impacte sur la relation soignant-soigné de par l'écart de formation, de même entre professionnels médicaux ou paramédicaux. Ladite urgence est donc propre et relative à chacun.

La notion d'urgence étant subjective et propre à chacun, cela entraîne une augmentation de fréquentation dans les structures d'urgences en France. En effet, *« en 2015, les 723 structures des urgences françaises ont pris en charge 20,3 millions de passages, soit 3 % de plus qu'en 2014. Cette progression prolonge la tendance observée depuis vingt ans. En 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait en effet à 10,1 millions pour la France métropolitaine et a augmenté ensuite, régulièrement, de 3,5 % par an en moyenne. Les structures des urgences accueillent chacune en moyenne 28 500 patients par an. 18 % des passages aux urgences sont pris en charge par le secteur privé (pris dans sa globalité), une part qui a progressé dans les années 2000 pour se stabiliser depuis 2010. »*¹⁶.

¹⁶ Panorama de la DREES Santé, (page consultée le 3.12.17), **Les établissements de santé**, Édition 2017, p. 10, [en ligne], URL : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>

IV.2 De l'agressivité à la violence

Dans le langage courant comme dans la littérature, les termes d'« agressivité » et de « violence » sont souvent confondus ou utilisés de manière indifférenciée. Pourtant, il est nécessaire d'insister sur le fait de l'existence d'une distinction entre ces deux notions, qui réside dans la place accordée à autrui.

Lors d'une situation d'agressivité, la personne agressée est reconnue comme entité à part entière ; dans ce cas, il est encore possible de gérer au mieux le conflit en train de naître, afin de désamorcer le passage de l'agressivité à l'acte violent.

Lors d'une situation de violence, la personne victime de cette violence n'existe plus en tant que telle : le sujet auteur de la violence a une attitude destructive envers l'autre.

IV.3 L'agressivité

J'ai choisi pour débiter, de définir les notions d'« agressivité », d'« agression » et « agressif » afin de pouvoir comprendre et distinguer leur sens propre.

Le Petit Robert de la Langue Française, dans son sens commun, expose l'agressivité comme un « *caractère agressif, manifestation de l'instinct d'agression* »¹⁷.

Le mot « agressivité » vient de l'expression latine « *ad-gressere* » signifiant « *aller vers* ». La notion d'agressivité peut prendre deux sens différents. D'une part, la notion d'agressivité implique une intention de nuire à autrui avec l'idée d'y trouver de la satisfaction, du plaisir. D'autre part, elle implique « *le désir de faire reconnaître sa puissance par l'autre, elle ne vise pas la destruction de l'autre* »¹⁸.

Le mot « agressif » est défini quant à lui comme suit : « *qui a un caractère d'agression, qui marque la volonté d'attaquer, de critiquer sans ménagement* »¹⁹. Dans le sens psychologique, elle signifie « *propre à l'instinct d'agression, qui manifeste l'agressivité* »²⁰.

¹⁷ Le petit Robert de la langue française, **agressivité**, édition 2015 le ROBERT, p. 52.

¹⁸ Dossier « **Violence et agressivité, une distinction essentielle** », in *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, n°165, février 2012, p.7-8,

¹⁹ *Op. Cit.* p. 52.

²⁰ *Ibid.* p. 52

« L'agression » est définie ainsi : « *du latin *agressio* ; attaque contre les personnes ou les biens protégés par la loi pénale ; attaque violente d'une personne ; attaque de l'intégrité des fonctions physiques ou mentales de l'individu, par un agent externe* »²¹.

Toutes ces notions mettent en lumière que c'est propre à un individu, à un caractère singulier, qui marque une volonté, un instinct de s'en prendre à l'autre sans le détruire. L'agresseur a besoin de l'agressé pour se reconnaître, et pour faire valoir sa toute-puissance.

IV.3.1 Les niveaux d'agressivité

Ce qui suit est tiré du rapport 2017, de l'ONVS²².

L'échelle de gravité des signalements de l'ONVS :

Le recueil des signalements intègre une échelle de gravité reprenant les actes de violence tels que hiérarchisés dans le code pénal. Ils sont différenciés selon les atteintes aux personnes ou les atteintes aux biens puis déclinés par niveaux de gravité.

Les atteintes aux personnes

- **Niveau 1** : injures, insultes et provocations sans menace (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures
- **Niveau 2** : menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)
- **Niveau 3** : violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, tout autre objet), agression sexuelle
- **Niveau 4** : violences avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, couverts, tout autre objet : lampe, véhicule, etc.), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, etc.)

²¹ Le petit Robert de la langue française, **agression**, édition 2015 le ROBERT, p. 52.

²² Ministère des solidarités et de la santé, direction générale de l'offre de soins, (page consultée le 28/11/17), **RAPPORT 2017, Données 2015 et 2016**, Observatoire National des Violences en milieu de Santé, [en ligne]. Adresse URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/article/rapport-annuel-onvs-2017-donnees-2015-2016>

Les atteintes aux biens

- **Niveau 1** : vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis
- **Niveau 2** : vols avec effraction
- **Niveau 3** : dégradation ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale, etc.), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil, etc.).

Cette échelle de gravité des signalements m'amène à comprendre que tout acte d'agressivité est inscrit dans le code pénal ce qui induit qu'un recours à la justice est possible, et par conséquent l'auteur du fait de violence est passible de justice. Plus le niveau d'atteinte est important, plus la peine encourue est grande.

En établissement de santé, et notamment aux urgences, j'ai pu constater principalement des atteintes aux personnes relevant du niveau 1 à 3, ce qui m'amène à aborder la violence en milieu de soin.

IV.4 La violence en milieu de soin

La violence « en milieu de soin » est une précision importante qui tend à être expliquée. En effet, la violence est au cœur des préoccupations sociétales. C'est un sujet très prisé des médias, des politiques et de la société en générale, elle touche tous les milieux y compris les soignants.

Pour venir étayer ce fait, un organisme national a été créé en 2005. Plusieurs fois cité dans ce mémoire, il s'agit de l'ONVS : l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé.

« L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) recueille depuis 2005, sur la base du volontariat, les signalements de faits de violence (dont les incivilités) commis en milieu de santé contre les personnes et contre les biens. Afin de prévenir ces actes de violence, l'observatoire élabore et diffuse des outils et des bonnes pratiques, et encourage la coordination des acteurs de terrain »²³.

²³ Ministère des solidarités et de la santé, (page consultée le 19/12/17), **La violence en milieu de santé ; un meilleur accompagnement des professionnels et des patients**, mis à jour le 6.12.17, [en ligne]. Adresse URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/onvs>

IV.4.1 Définitions

La « violence », du latin « *vis* », signifie « *force, violence* »²⁴, d'où « *volentia violare* » qui équivaut à « *agir de force, faire violence à* » et « *violentus* » qui évoque « *un abus de force* »²⁵.

Communément, la violence est définie comme étant une « *force brutale pour soumettre quelqu'un ; agir sur quelqu'un ou le faire agir contre sa volonté, en employant la force ou l'intimidation* »²⁶.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la « violence » comme suit « *L'usage délibéré ou la menace délibérée de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence* »²⁷. L'OMS donne une définition de la violence car elle apporte la notion fondamentale que la violence touche la santé de l'Homme. On peut déjà comprendre que la violence n'est pas un acte anodin et qu'elle a des impacts sur l'intégrité physique et psychologique de l'Homme.

Le conseil International des Infirmières a donné comme définition de la violence un « *comportement destructif envers autrui. La violence au travail prend diverses formes, parmi lesquelles les agressions verbales, les agressions physiques et l'homicide* »²⁸.

Cette définition apporte une nouvelle notion aux précédentes. Elle évoque que la violence est présente sur le lieu de travail (établissement de santé), mais ne précise pas si le professionnel est l'auteur de la violence ou celui qui la subit. Est-ce que cela sous-entend que le professionnel peut être présent dans les deux situations ?

J'ai donc choisi de traiter uniquement la violence subie par les professionnels de santé par un patient.

²⁴ J. PICOCHÉ, Le ROBERT, dictionnaire étymologique du français, nouvelle édition 2008, collection les usuels, p. 533.

²⁵ Dossier « **Violence et agressivité, une distinction essentielle** », in *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, n°165, février 2012, p.7-8,

²⁶ Le petit Robert de la langue française, **violence**, édition 2015 le ROBERT, p. 2717

²⁷ Rapport mondial sur la violence et la santé, (page consultée le 26/11/17), **Définir la violence**, p.3, [en ligne]. Adresse URL : http://www.who.int/violence_injury_prevention/world_report/en/abstract_fr.pdf

²⁸ M. ESTRYN-BEHAR, **Stress et souffrance des soignants à l'hôpital** – Paris, Editions Estem, 1997, p.54

IV.4.2 La violence, qu'est-ce que c'est ?

Dans notre société, les violences faites aux personnes sont nombreuses et prennent des formes diverses et variées :

- **La violence verbale** consiste à humilier l'autre par des messages de mépris, d'intimidation ou des menaces d'agression physique. Elle peut se traduire par des interdictions, du chantage, des ordres, etc. Elle vise à créer un état de tension chez la victime et à la maintenir dans un état de peur et d'insécurité. Elle blesse moralement la personne, plus ou moins profondément.
- **La violence psychologique** regroupe quant à elle tout ce qui concerne l'humiliation et le harcèlement moral. Plus subtile que la violence verbale, elle passe davantage par des attitudes. Elle a pour objectif de dénigrer, de dévaloriser et d'humilier une personne. Elle s'exprime parfois par une relation punitive qui consiste à ignorer la présence de l'autre ou par le refus de communiquer. Cette forme de violence est destructrice et ne se traduit pas toujours de manière verbale.
- **La violence physique** atteint l'autre dans son intégrité corporelle. Elle peut prendre la forme de violences légères (une bousculade...) ou de violences beaucoup plus graves, quand elle cause des blessures physiques ou quand il s'agit d'atteintes sexuelles. Les atteintes sexuelles ont toujours un retentissement psychique.
- **Les violences contre soi-même** qui englobent tous les troubles alimentaires, la toxicomanie et le suicide.

Le terme de violence peut donc prendre différentes formes, aussi destructrices les unes que les autres par différents aspects, manières, et moyens. Suite à ces recherches je découvre que peu importe le type de violence subies, il existe des conséquences physiques, psychologiques, qui peuvent alors créer un sentiment d'insécurité, de peur, de stress. Est-ce que les soignants prennent conscience de ces impacts ? A-t-il connaissance de ses impacts sur sa santé ? Comment les gère-t-il au quotidien ?

En lien avec les situations d'appels, et étant moi-même une ancienne professionnelle de santé ayant subi des violences, je peux dire que je n'avais pas pris conscience que la violence pouvait avoir de tels impacts. En effet, je me sentais humilié, triste, frustré, et je n'ai absolument pas fait le lien que ce que je ressentais à ce moment présent, était en fait, lié aux conséquences directes de la violence. Non. Je me suis surtout remise en question sur ma pratique professionnelle, j'ai essayé de comprendre et d'analyser ce que j'avais « mal fait ».

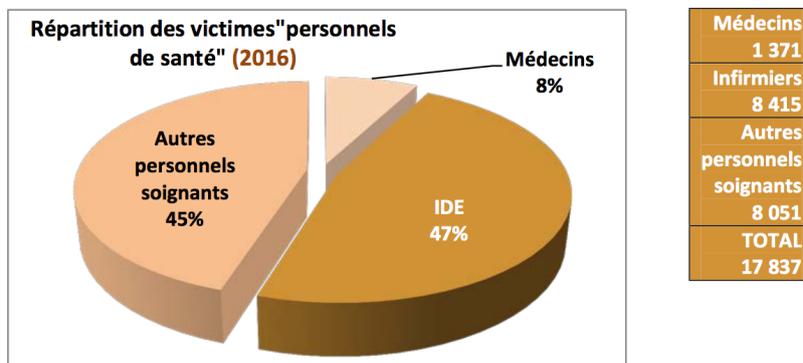
IV.4.3 La violence, qui est concerné ?

En France, les professionnels de la santé sont les deuxièmes (après les policiers) à être victimes de faits de violence.²⁹

D'après l'OMS, les faits de violence à l'encontre des soignants seraient un phénomène universel, qui reflèterait la dégradation des conditions socio-économiques et des problèmes psycho-sociaux qui touchent toutes les sociétés.

L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé, expose sur son rapport de 2017 (données de 2016), que 84% des victimes d'atteintes à la personne sont les personnels de l'établissement de santé. Dans cette catégorie, le personnel de santé représente 94% des victimes répartis comme suit³⁰ :

- En 2016, le « personnel de santé » représente 94 % de la catégorie « personnel » réparti ainsi :



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

Le « personnel administratif » représente 6% (soit 1 140 victimes : 98 hommes - 1042 femmes) de la catégorie « personnel ». Il est constitué majoritairement de personnels affectés à l'accueil.

On constate que 47% des victimes sont les infirmières. Selon le Code de la Santé Publique : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. »³¹.

²⁹ COLLECTIF, La violence à l'hôpital in La revue de l'infirmière n°165, Novembre 2010, p.17

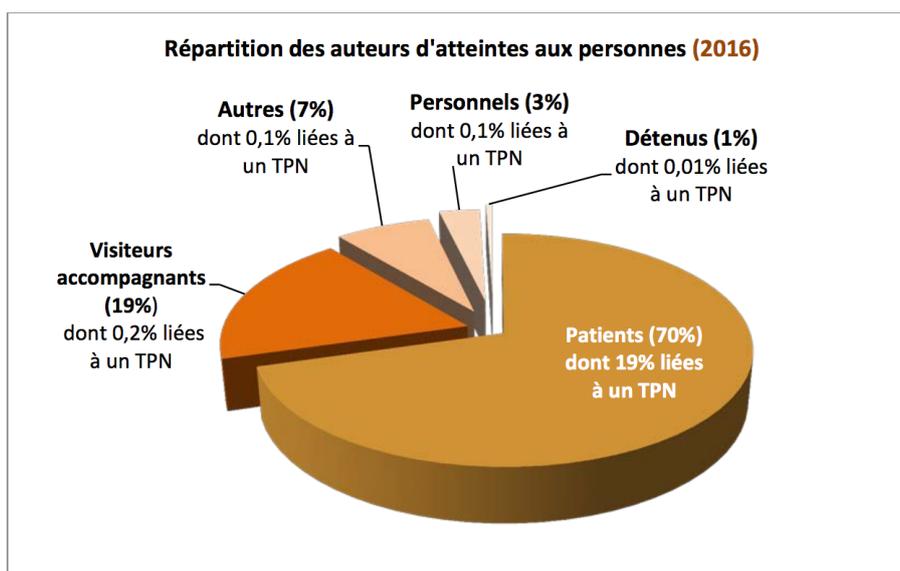
³⁰ Op. Cit. Observatoire National des Violences en milieu de Santé, p. 49

³¹ Code de la Santé Publique, (page consultée le 3/04/2018), **Infirmier Article L4311-1**, [en ligne]. Adresse URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI0000034079701&idSectionTA=LEGISCTA000021504202&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180403>

Dans le service d'Urgence, les infirmières doivent savoir identifier l'urgence vraie (souvent l'urgence vitale) et celle qui est relative (qui ne met pas en jeu la vie du patient). Elles « jouent un rôle majeur dans le service d'urgence en raison de sa permanence et de ses fonctions multiples : triage, accueils médical et psychologique, dispensation des soins, gestion des mouvements des patients et leurs dossiers »³². Les infirmières exerçant dans le service des Urgences possèdent des compétences professionnelles et relationnelles, acquises durant la formation en soins infirmiers, qui leur permettent de s'adapter à la charge de travail, aux populations présentes dans le service, aux personnes atteintes de différentes pathologies pour leur prise en soin et également de gérer des situations difficiles lorsqu'elles sont confrontées à l'agressivité et la violence.

Lors de mon exercice professionnel comme aide-soignante ainsi que lors de mes stages infirmiers, j'ai pu constater que les professionnels de santé sont touchés par la violence émanant des patients. On retrouve aussi cette notion sur les deux situations exposées ci-dessus.

L'ONVS, expose également les auteurs d'atteintes aux personnes³³ :



Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

On observe que 70% des auteurs de faits de violence sont les patients dont 19% liés à Trouble Psychique ou Neuropsychique (TPN)³⁴.

³² ASKENASI R., ROMMES M. **Manuel de l'infirmier(e) d'urgence**. Edition LAMARRE, Bruxelles, 2001, pp. 8

³³ *Loc. Cit.* Observatoire National des Violences en milieu de Santé, p. 49

³⁴ TPN : trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur. *Ibid.*, p.12

IV.4.4 La violence, où, quand et comment se déroule-t-elle ?

L'OMS évoque que « *la violence dans les établissements hospitaliers a toujours été présente, mais elle était cantonnée à des services tels que la psychiatrie* »³⁵. Ce qui devient préoccupant c'est qu'aujourd'hui, la violence touche tous les services de santé.

On note en 2015, que les signalements de faits de violences (englobant les atteintes aux biens et à la personne) sont majoritaires dans les services de psychiatries, urgences, USLD/EHPAD³⁶, et médecine³⁷.

En 2016, on note une augmentation de 8% des signalements de faits de violences aux urgences³⁸. En effet, les signalements de faits de violences ont longtemps été banalisés par les professionnels de santé car l'idée que « *la violence fait partie des risques du métier* »³⁹ est très largement répandue.

Toujours selon l'ONVS, aux urgences, les actes de violences (qu'ils soient verbaux ou physiques), se produisent de manière prévalente les mercredis après-midi avec un pic en soirée (18h-minuit) à 45%, qui représente notamment l'afflux aux urgences d'enfants (le mercredi étant le jour des activités périscolaires dans la majorité des foyers en France) et de leurs parents.

Les nuits du weekend, représentent un facteur de risque plus important pour les soignants. En effet, durant ces nuits, il apparaît clairement une surreprésentation des patients sous l'emprise de l'alcool et de drogues qui sont des facteurs importants de passage à l'acte violent. Ces risques particuliers caractéristiques sont bien connus des soignants. En 2015, 45% des actes de violences étaient commis pendant la nuit (minuit-6h), en 2016, on observe une nette diminution avec 24% pour la même période.

³⁵ **Dossier : Les faits de violence en milieu hospitalier**, in *L'aide-soignante*, n°144, Février 2013, édition ELSEVIER MASSON, p. 10-11.

³⁶ USLD : Unité de Soins de Longue Durée, EHPAD : Etablissement d'Hospitalisation pour Personnes Agées Dépendantes.

³⁷ Cf. Annexe II

³⁸ Cf. Annexe III

³⁹ B. E. GBEZO, **Les soignants face à la violence**, Unité de soins d'urgence, 2^{ème} édition, soigner et accompagner, 2011, p. 36.

On peut alors entrevoir que certains éléments viendraient favoriser les comportements violents de la part des patients : quand le problème touche notamment un enfant, la consommation de drogue, d'alcool, mais également des éléments temporeux comme la nuit ou un jour particulier dans la semaine.

Des facteurs déclenchants peuvent aussi être la source de l'acte de violence du patient. Ce qui suit, est tiré d'un article de revue⁴⁰.

La violence est identifiable à travers plusieurs étapes plus ou moins imbriquées les unes aux autres :

- *« Le sujet est en danger : la personne se sent menacée dans son identité. Elle pense (ou craint d'être) humiliée ou dévalorisée. C'est cette menace qui est susceptible de déclencher la violence. Pour le sujet, c'est toujours l'autre qui commet la première violence.*
- *La déshumanisation de l'autre : la violence dépouille l'autre de sa qualité humaine. Le sujet violent retire à celui qu'il a menacé le statut de semblable. [...] L'autre ne peut pas être bon et mauvais à la fois, il est tout mauvais.*
- *La désymbolisation : la possibilité de prendre du recul par rapport à la situation est inexistante. Il existe un véritable état de sidération mentale, d'incapacité à penser la situation. [...].*
- *Le passage à l'acte : la personne violente veut éliminer ce qui lui fait violence en détruisant l'autre. Ce passage à l'acte est dénué de tout plaisir. Il est vécu comme une simple nécessité. Si la personne violente ignore les lois sociales ou les règles qui régissent les relations interpersonnelles, c'est sans culpabilité. »*

IV.4.5 La violence, pourquoi émerge-t-elle ?

Le SAU est une porte ouverte sur la ville et présente la particularité d'être à la fois un lieu d'accueil pour des patients anxieux, un lieu de consommation de soins, et un lieu social de stress.

Les principaux facteurs conduisant à ces violences aux urgences ont notamment pour motifs : *« l'éthylisme, les délais d'attente, les pics d'activité, les admissions forcées (relevant de la psychiatrie), le cas de démence, la toxicomanie. »*⁴¹.

⁴⁰ Dossier « **Violence et agressivité, une distinction essentielle** », in *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, n°165, février 2012, pages 85, p.7-8,

⁴¹ Bernard E. GBEZO, *Op. Cit.*, p. 7

Dans la grande majorité des cas, à 60,6% en 2016, un fait de violence est commis suite à un reproche relatif à la prise en charge. Ce motif est en nette augmentation depuis 2015. Le temps d'attente arrive en deuxième position mais de façon bien moins importante (11,6%)⁴².

De plus, les patients et leurs proches arrivent le plus souvent en état de choc, angoissés, stressés par leurs problèmes de santé. Certains arrivent aussi marqués par toute la violence de la société représentée aux urgences.

Afin de comprendre de manière globale pourquoi des faits de violences se produisent en établissement de santé, il faudrait que des recherches soient réalisées sur la causalité de la violence dans sa globalité. Cela permettrait d'ajuster des mesures de prévention vis-à-vis de ces menaces de violences.

Dans son ouvrage, GBEZO expose différents facteurs⁴³ qui pourraient favoriser l'émergence de la violence au sein des services d'urgence.

En premier lieu, les facteurs individuels incluant les personnalités antisociales, les comportements menaçants, les troubles psychiques et organiques, l'alcoolisme et la toxicomanie. Les facteurs interpersonnels (lié aux soignants) seraient liés aux attitudes défensives, un comportement timoré ou a contrario des provocations verbales ou physiques, mais aussi le stress, l'épuisement professionnel, et une démotivation dans le travail.

GBEZO expose également que des facteurs liés à l'environnement et à l'organisation du travail viendraient favoriser la violence en milieu de soin. En effet, selon lui, la libre circulation du public dans l'enceinte hospitalière (intrusion de bandes attirées notamment par la disponibilité de médicaments à base de stupéfiants, argents ou objets de valeurs), ainsi que l'obligation d'accueillir de plus en plus de personnes en grande précarité bien souvent dans un contexte de réduction budgétaire et de compression du personnel, les délais d'attente de plus en plus importants, l'exiguïté des locaux, des mesures de sécurité inefficaces, l'isolement avec le patient auquel se retrouve exposé le soignant durant les soins, la surcharge de travail, le manque ou l'insuffisance de formation pour identifier et contenir l'agressivité, la tendance à banaliser les actes de violence avec l'idée encore largement répandue que « *les agressions font partie des risques du métier* », seraient des éléments prédominants dans l'émergence de comportements violents.

⁴² Ministère des solidarités et de la santé, direction générale de l'offre de soins, **RAPPORT 2017, Données 2015 et 2016, Tableau 17. Les motifs de violence**, Observatoire National des Violences en milieu de Santé, pp. 53.

⁴³ GBEZO B.E, *Op. Cit.*

IV.5 Réactions des soignants face à la violence

Dans la plupart des cas, les soignants cherchent à donner un sens à l'agression subie. Ils sont persuadés que s'ils ont subi des violences c'est parce qu'eux-mêmes ont fait une erreur, une maladresse dans la prise en charge avec l'agresseur.

Dans son ouvrage, GBEZO explique que « ces réactions donnent souvent naissance à des sentiments de colère et de frustration parfois difficiles à maîtriser »⁴⁴ et qu'il y a « une atteinte dans leur image de soignants, car agressés par ceux qu'ils voulaient aider »⁴⁵.

Le Conseil International des Infirmières, dans sa « directive : comment affronter la violence au travail »⁴⁶ décrit les réactions adoptées par les soignants lorsque ces derniers sont confrontés à la violence. Elles sont rassemblées en cinq réactions générales allant d'une attitude très passive à une attitude très active⁴⁷.

Dans les entretiens exploratoires, analysés ci-après, j'ai pu constater des différences de réactions allant en effet de la passivité à l'attitude active.

Ces différences peuvent être l'œuvre de l'expérience professionnelle qu'elle soit temporelle ou pratique. En effet, l'infirmière Camille, diplômée depuis moins de 5 ans se montre plutôt dans une réaction passive liée à des émotions ressenties et notamment celle de la peur. Ces réactions, humaines en soi, se ressentent davantage moins chez l'infirmière Florence, qui elle a 28 ans d'expérience professionnelle. Florence, est dans une réaction active sans passage à l'acte violent, car oui les soignants peuvent aussi être acteur de violence envers les patients. Je ne développerais pas ce point dans mes recherches exploratoires, je souhaite en effet me concentrer uniquement sur la violence d'un patient à un soignant mais je trouve essentiel de dire que les violences peuvent être subies dans les deux sens.

⁴⁴ GBEZO B.E, *Op. Cit.* p. 36

⁴⁵ *Ibid.* p.36

⁴⁶ Conseil International des Infirmières, (page consultée le 30/04/2018), **directive : comment affronter la violence au travail**, Genève, 2007, PDF, p.8, [en ligne]. Adresse URL : http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_violence_fr.pdf

⁴⁷ Cf. Annexe IV

ANALYSE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES

V. Analyse des entretiens exploratoires

Avant-propos :

Tous les entretiens ont été retranscrit de manière anonyme ; tous les prénoms ont été changés. Les professionnels ayant accepté de réaliser les entretiens ont donné leur accord pour que ce dernier soit enregistré et retranscrit à l'écrit par verbatim⁴⁸.

Selon LAGACHE⁴⁹ : « *l'entretien est une situation où apparaissent des interactions essentiellement verbales entre 2 personnes en contact direct avec un objectif préalablement établi, au moins pour l'une d'entre elles* ».

Il existe plusieurs techniques d'entretiens : l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi directif. Ce dernier est celui que j'ai choisi. Il a pour objectif de susciter l'expression de l'interlocuteur sur un certain nombre de thèmes, ici ce sera la prise en charge d'un patient violent aux urgences et l'impact sur sa prise en charge.

De plus, il permet de garder un cadre thématique avec des questions préalablement écrites⁵⁰ et de laisser, en parallèle, le professionnel de santé « *s'exprimer et développer son point de vue sans chercher, en tant qu'intervieweur, à lui imposer son propre point de vue* »⁵¹. Aussi, l'entretien exploratoire est une « *démarche méthodique qui permet de mettre en lumière des aspects du phénomène que l'on étudie, auxquels le chercheur n'a pas forcément pensé et de compléter des pistes de travail mises en évidence par les lectures* »⁵².

Le laisser s'exprimer et s'adapter à son discours tout au long de l'entretien avec des questions de relance, permet, tant au professionnel de santé qu'à moi d'aborder, peut-être, des points non prévus lors de la préparation de l'entretien, mais qui s'avèreront potentiellement essentiels dans la suite de mon travail de fin d'études.

⁴⁸ Cf. Annexes VI, VII et VIII,

Verbatim : « *Reproduction intégrale des propos prononcés par l'interviewé ; compte rendu fidèle* ». Dictionnaire de Français Larousse, (page consultée le 15/04/18), **définition du Verbatim**, [en ligne]. Adresse URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/verbatim/81475>

⁴⁹ LAGACHE : Psychanalyste

⁵⁰ Cf. Annexe V

⁵¹ Extrait PPT Promotion 2014/2017, « **L'entretien comme outil d'évaluation** », JC VILATTE, laboratoire Culture et communication, Université d'Avignon, 2007

⁵² PowerPoint GSP15, « **l'entretien** », accessible sur le réseau étudiant, IFSI La Roche sur Yon.

Mon mémoire, qui porte sur l'impact de la violence dans la prise en charge soignante aux urgences, vient s'enrichir d'entretiens exploratoires semi-directifs auprès de différents professionnels de santé. En effet, j'ai effectué trois entretiens, dont deux avec des infirmières travaillant dans un service d'urgences et ayant un parcours professionnel différent, et un entretien avec une aide-soignante. L'une des infirmières avec une expérience professionnelle de plus de cinq ans, l'autre avec une expérience professionnelle de moins de cinq ans. Concernant l'aide-soignante il n'y a pas d'importance dans la temporalité de l'expérience professionnelle. Cela me permet de pouvoir constater s'il y a des écarts ou non quant à la prise en charge d'un patient violent aux urgences.

Entretien n°1 : Maryse, aide-soignante aux urgences, 30 ans d'expérience aux urgences.

Entretien n°2 : Camille, infirmière aux urgences, moins de 5 ans d'expérience, dont 1an et demi aux urgences.

Entretien n°3 : Florence, infirmière aux urgences / unité de soins continus (USC), 28 ans d'expérience, dont 27 ans aux urgences.

Les citations n'ayant pas de référence sont tirées des verbatim des entretiens exploratoires.

➤ **La violence**

La violence est perçue de manière totalement différente par les trois soignantes. Dans les entretiens n°1 et n°2, respectivement avec Maryse et Camille, la notion d'agressivité vient s'ajouter à celle de la violence. En revanche, Florence, évoque d'avantage des émotions et les types de violences qu'elle rencontrent, selon elle, dans son quotidien. Pour Florence, la violence prend différents aspects : la violence institutionnelle, la violence organisationnelle et la violence humaine.

Maryse suggère quant à elle deux types de violences : verbale et physique. En premier lieu « *la violence verbale* » qu'elle associe à de l'agressivité, à « *des gens énervés, qui vont nous traiter de tous les noms* ». La « *violence physique* » est quant à elle associée à un patient « *agité* » avec néanmoins des gestes de violence tels que « *nous pousser [...], nous agripper* ».

Camille montre des difficultés, dans un premier temps à expliquer ce qu'est la violence. Elle m'explique que « *c'est quelque chose qu'on connaît mais qu'on n'explique pas* ». Dans un deuxième temps, elle suggère que la violence peut être de « *l'agressivité, [...] de recevoir une agression verbale et physique* » d'autrui. Elle inclut donc l'agressivité dans la violence et plus précisément dans la violence verbale.

Or, en lien avec mes recherches, la notion d'agressivité implique une intention de nuire à autrui avec l'idée d'y trouver de la satisfaction, du plaisir. D'autre part, elle implique « *le désir de faire reconnaître sa puissance par l'autre, elle ne vise pas la destruction de l'autre* »⁵³, tandis que la violence a pour but premier de nuire à l'autre avec une visée destructrice.

Aussi, la violence est un acte bien souvent banalisé par les soignants. Maryse, Camille et Florence utilisent des termes tels que « *occulte* », « *banalise* », « *passé à autre chose* », « *on doit faire avec* », ou encore « *lassitude* ». Ces mots viennent conforter les propos de GBEZO qui dans son ouvrage⁵⁴ explique que la tendance à banaliser les actes de violence avec l'idée encore largement répandue que « *les agressions font partie des risques du métier* », serait un élément prédominant dans l'émergence de comportements violents.

Cela m'amène à évoquer la fréquence de la violence. Les trois professionnelles expliquent qu'elles ont observé au cours de leur exercice professionnel une recrudescence de la violence au sein du service des urgences, mais aussi au sein des autres services de soin. Maryse, avec son expérience de 40 ans dont 30 en service d'urgences, indique qu'il y a encore quelques années, la violence se démarquait davantage les week-ends. Aujourd'hui « *c'est tout le temps ça peut être tous les jours à n'importe quel moment* ». Florence n'identifie pas de moment spécifique où la violence est prédominante mais explique que cela est régulier. Camille vient conforter les observations de Maryse avec ses propos et ceux de sa maman, aide-soignante à la retraite : « *elle a vu l'agressivité monter petit à petit et devenir pas quotidienne mais [...] plus fréquente, et même-moi [...] en 5 ans d'expérience, [...], je ressens qu'il y a beaucoup plus d'agressivité* ». Camille a observé davantage de faits de violence le soir, et met cela en lien avec les personnalités dites « *fragiles* », et le contexte des soirées associé à des prises d'alcool, et du contexte anxiogène de la nuit.

⁵³ Dossier « **Violence et agressivité, une distinction essentielle** », in *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, n°165, février 2012, p.7-8,

⁵⁴ GBEZO B. E., **Les soignants face à la violence**, Unité de soins d'urgence, 2^{ème} édition, Edition LAMARRE, 2011.

Cela m'amène à me demander qui sont les personnalités identifiées par les soignantes comme étant les plus susceptibles à commettre un fait de violence ?

Les patients avec une pathologie psychiatrique arrivent en tête. En effet, Florence, Maryse et Camille ont toutes trois répondu que les patients violents sont davantage des patients ayant des troubles d'ordre psychiatrique. Deux des situations de violence vécues ou observées racontées par les soignantes, incluent un patient ayant un trouble psychiatrique. La troisième situation de violence racontée provient d'un accompagnateur. Dans le rapport de l'ONVS, en 2016, 19% des patients ayant commis une atteinte à la personne, ont un trouble psychique ou neuropsychique (TPN) ayant aboli le discernement ou le contrôle des actes de l'auteur, et 19% sont des accompagnateurs dont 0,2% liées à un TPN.

Maryse ajoute qu'elle observe une augmentation des troubles psychiatriques depuis son début de carrière. Alors est-ce que la psychiatrie s'ouvre sur les soins généraux ?

Florence et Maryse évoquent aussi d'autres causes possibles à l'émergence de la violence : un temps d'attente trop long, une prise en charge non satisfaisante, la prise de substances (alcool, drogues), la maladie, une annonce difficile, mais aussi la surcharge de travail, le manque de communication avec les patients et une communication parfois non adaptée où le patient peut interpréter les propos et générer une situation de violence.

Cela vient conforter les chiffres de 2016 de l'ONVS, qui expose dans son rapport que les principaux motifs d'atteinte à la personne sont : un reproche relatif à la prise en charge (60,6%), un temps d'attente jugé excessif (11,7%), une alcoolisation (9,9%), un refus de prescription (5,4%), un règlement de compte (5,9%), un diagnostic non accepté (3,5%), la prise de drogue (2,5%), et enfin le suicide (0,5%). GBEZO conforte les chiffres en identifiant des facteurs individuels et environnementaux qui influenceraient l'émergence de la violence au sein des urgences.

Il est important de retenir que la violence n'a pas le même sens pour chaque soignant et que chacun en fait sa propre définition. Aussi, les soignants ont remarqué une recrudescence à la fois des troubles psychiatriques dans les soins généraux et de la fréquence des violences, présentent de plus en plus régulièrement. Ce qui est intéressant de noter, c'est également la banalisation que font les soignants de la violence. Elle devient quotidienne, et surtout fait partie des risques du métier.

Je note aussi des similitudes entre l'observation des soignants et le rapport de l'ONVS sur les causes favorables à l'émergence de la violence qui est notamment « *un reproche relatif à une prise en charge* »⁵⁵.

➤ **Les sens de la violence**

Ce qui apparaît dans les verbatim, c'est que les soignants ne donnent pas un réel sens à la violence. Pour Maryse la violence n'a pas de sens, et n'est pas non plus le symptôme d'une pathologie mais plutôt une conséquence. Elle prend l'exemple avec la pathologie d'Alzheimer ou je cite « *c'est une suite de leur maladie, c'est dans leur maladie, mais on ne peut pas dire que c'est un prémice, [...] il vaut mieux le mettre après* ». A la question « Est-ce que tu donnes un sens à la violence ? » Camille réfléchit pendant plusieurs minutes, elle lève les yeux au ciel comme pour se rappeler d'une situation qu'elle pourrait utiliser comme exemple à cette question. Après quelques instants de réflexion, elle me repose la question « *Un sens à la violence, c'est-à-dire ?* », je pose alors ma question de relance en remplaçant le mot « sens » par le mot « signe ». Camille explique alors qu'elle met en lien la violence avec les démences mais donne-t-elle réellement sens à ce que la violence signifie ? Met-elle la violence comme une conséquence à une pathologie ? Florence m'explique qu'elle donne un sens à la violence : « *si le patient est violent, y'a une raison* ». Elle met en lien la violence avec l'histoire de vie, la pathologie, la prise en charge des soignants envers le patient lui-même. Si la violence était le symptôme d'une pathologie, elle l'imputerait essentiellement aux patients ayant des troubles psychiatriques ainsi qu'aux prises de substances.

Je n'ai pas assez de matière pour analyser cette partie mais cela me pose fortement question : y a-t-il un réel sens à la violence ? Pourquoi leurs réponses sont vagues voire inexistantes ? pourquoi étais-je obligée d'utiliser des questions de relance ? Que peut traduire ce manque de réponse ?

J'émet plusieurs hypothèses.

Les soignantes n'ont eu aucune formation en lien avec la violence et l'agressivité, dans l'hypothèse, sont-elles à même d'avoir les connaissances requises pour donner un sens à la violence ?

⁵⁵ Ministère des solidarités et de la santé, direction générale de l'offre de soins, **RAPPORT 2017, Données 2015 et 2016**, Observatoire National des Violences en milieu de Santé, p 53.

Que traduit aussi ce manque de réponse ? Est-ce un manque de formations, de connaissances relatives à la violence ? Est-ce une banalisation de l'acte ? Est-ce que cette « lassitude », ce « ras-le-bol » ne les contraints pas inconsciemment de ne plus donner de sens à un tel acte ? Existe-t-il des analyses de pratiques professionnelles ? Est-ce que le fait de ne plus donner de sens à la violence peut être mis en lien avec la mise en place de protocoles ? Maryse et Camille parlent très souvent de « *pas le choix* », « *on est obligé c'est le protocole* », « *il y a des règles* », Florence rajoute « *ne pas faire du systématique* ». Ce sont des mots qui, pour moi, ont un sens très fort, et qui font écho à des situations vécues. Est-ce que les protocoles ne sont pas finalement des solutions « toutes prêtes » entrant en collision avec le raisonnement clinique des soignants ? Cela entraînerait-il aussi un refoulement des valeurs professionnelles dans le cadre de la mise en place de ces protocoles lors d'une situation de violence ?

« L'obligation de ». Je perçois au cours des entretiens cette obligation de faire, de « *mettre des contentions* », d'utiliser « *une chambre sécurisée* », de « *saucissonner* », « *d'attacher* », de « *cette ultime pièce ou attacher les gens quoi...* ».

Si l'acte de violence est banalisé par le soignant, protocolisé par les médecins, engendrant une contention physique et médicamenteuse, une mise en chambre d'isolement systématique, dans cette hypothèse, que devient la réflexion soignante ? Faire un soin, pour faire un soin ? On nous apprend durant la formation à toujours donner sens à nos actes, nos soins, de savoir ce qu'on fait et dans quel but on le fait. Cela vient, je suppose, en corrélation avec ce qui nous est appris durant les trois ans de la formation infirmière.

Cela m'amène sur le sujet des émotions, car s'il y a conflit de valeurs ou une insatisfaction des valeurs professionnelles, des émotions et/ou sensations corporelles doivent sûrement être ressenties lors d'une situation de violence.

➤ **Les émotions ressenties**

Dans cette catégorie des émotions ressenties par les soignants, j'observe de nombreuses différences. Dans la plupart des cas, les soignants cherchent à donner un sens à l'agression subie. Ils sont persuadés que s'ils ont subi des violences c'est parce qu'eux même on fait une erreur, une maladresse dans la prise en charge avec l'agresseur.

Dans son ouvrage, GBEZO explique que « ces réactions donnent souvent naissance à des sentiments de colère et de frustration parfois difficiles à maîtriser »⁵⁶ et qu'il y a « une atteinte dans leur image de soignants, car agressés par ceux qu'ils voulaient aider »⁵⁷.

Les émotions verbales sont celles les plus exprimées par les professionnelles, notamment par Camille et Florence. Elles expriment toutes deux avoir ressenti de la « peur » face à un patient violent. Camille se sent « touchée en tant que personne », tandis que Florence perçoit la violence envers le soignant non pas comme une atteinte à soi, en tant que personne, mais comme une atteinte à l'institution. Florence arrive à prendre peut-être plus de recul grâce à son expérience professionnelle et à ne pas culpabiliser. En revanche elle dit que la violence « fragilise » et « renvoie à des émotions que l'on n'arrive pas à maîtriser » sans aller plus loin dans sa réflexion. Je voyais qu'elle avait le visage fermé, les mains à l'intérieur des jambes comme s'il était difficile de se remémorer les émotions qu'elle avait pu ressentir. Y'avait-il de la honte à avoir ressenti de la peur ? De ne pas arriver à maîtriser ses émotions après plusieurs années d'exercice ? À contrario, Camille parlait ouvertement de ce qu'elle avait pu ressentir, et contrairement au reste de l'entretien, lorsqu'elle évoquait ses émotions elle me regardait droit dans les yeux. Alors étais-ce pour obtenir un soutien ? Ou alors voulait-elle me faire comprendre qu'avoir des émotions n'est pas une honte ? Peut-être que les émotions, qu'elle soit de peur, de culpabilité, ou de toute autre nature peuvent être une force dans la suite de la prise en charge d'un patient violent ?

Camille évoque aussi le fait de sûrement « ressentir beaucoup de choses sans rien dire », et de ne pas laisser « transparaître ses émotions [...] il faut rester neutre ». Lors de la question sur les agissements des soignants face à une situations de violence, Florence a évoqué davantage d'émotions ressenties que d'actions à proprement parlé. Elle me dit que la mise en place des contentions est pour elle « hyper-violent », et que ce sentiment « d'hyper-violence » l'a elle aussi amené dans un sentiment de violence. Elle s'est déjà vu « lever la main sur le patient » sans aller au bout de son geste. Y'a-t-il un effet miroir ? La violence mènerait-elle à de la violence croissante ? Jusqu'où le soignant peut-il refouler ses émotions ? Comment rester neutre, ne rien laisser transparaître lorsqu'on subit une situation de violence ?

Maryse parle d'instinct lors d'une situation de violence, et évoque ne pas ressentir d'émotions particulières hormis « agir pour protéger ». Elle amène là, une notion toute particulière qu'est la sécurité du patient et aussi des soignants.

⁵⁶ GBEZO B.E, *Op. Cit.* p. 36

⁵⁷ *Ibid.* p.36

➤ **Comportement et moyens : l'agir des soignants**

Les comportements et moyens les plus rapportés par les trois soignantes sont la communication, la contention, et l'accession à une formation sur la prise en charge de la violence. Camille évoque aussi l'utilisation de la musique et de lumière tamisée, ainsi que la limitation « *des stimulations interhumaines* » notamment avec la famille, souvent vecteur d'un sentiment de panique concernant l'état de santé de leur proche et pouvant générer de la violence.

La communication est une notion qui ressort très largement dans les verbatim. La parole prend une place importante dans la prise en charge « optimale » d'un patient, violent ou non, mais souvent par manque de temps, la communication n'est pas toujours adéquate, adaptée et peut alors faire émerger la violence.

Maryse explique qu'il ne faut pas hausser le ton, ne pas crier, et utiliser une voix calme, monocorde tout en gardant « une certaine fermeté ». Camille explique qu'elle souhaiterait davantage de communication avec les patients mais surtout « bien communiquer » avec le patient pour ne pas faire d'impair sur les mots choisis et utilisés. Elle précise que lors de la prise en charge d'un patient, elle se présente en l'informant de sa fonction, et de ses actions futures. Alors y'a-t-il des mots appropriés pour désamorcer une situation de violence ? Comment bien communiquer ? Existe-t-il une « bonne » communication ?

La mise en place des contentions arrive en seconde position dans les moyens utilisés. Elle est souvent mal comprise par les patients car bien souvent elle n'est pas expliquée par les soignants. Peut-on dire que la mise en place des contentions non expliquée aux patients est en lien avec le sens non donné à la violence ? Les soignants en comprennent-ils l'intérêt ? Pour quels bénéfices la contention est-elle mise en place ?

En effet, cette dernière question suscite mon intérêt, notamment car deux des professionnelles questionnées, ont dans leur service un protocole concernant la prise en charge des patients violents.

Maryse parle bien de « *protéger le soignant, pas le patient* » mais est-ce que les contentions sont installées dans leur intérêt premier qui est l'apaisement psychique par substitution du touché de la mère ?

Aussi, j'ai remarqué dans les verbatim que le mot « *contention* » est bien moins utilisé que le mot « *attacher* ». Comment se fait-il qu'aujourd'hui on « *attache* » un patient plutôt que de le « *contentionner* » ? Le sens du mot n'est pas le même. Attacher c'est « *fixer quelqu'un, quelque chose, [...], les maintenir, les immobiliser ou limiter leur liberté de mouvement au moyen d'un lien ; en parlant du lien, les maintenir dans cet état* »⁵⁸, tandis que la contention est un « *procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité* »⁵⁹. La notion de « *procédé thérapeutique* » vient prendre son sens ici, car si la contention est un procédé thérapeutique, cela signifie que c'est un soin et que comme tout soin, ce dernier a un but à visée thérapeutique. Alors dans quel but est mis en place la contention physique aux urgences ?

⁵⁸ Dictionnaire Larousse, (page consultée le 31/03/18), **définition d'attacher**, [en ligne]. Adresse URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attacher/6193>

⁵⁹ *Ibid.* **définition de contention**

QUESTION DE DEPART

VI. Question de départ

Suite à cette analyse des entretiens exploratoires, plusieurs notions ont été abordées dont certaines que je n'avais pas imaginées. Je peux identifier que la contention, qu'elle soit physique ou effectuée par une mise en chambre d'isolement, est un acte protocolisé et souvent utilisé par les soignants pour faire face à la violence émanant d'un patient avec des troubles psychiques. Quant à la violence non questionnée à travers le sens par les professionnels, pose question. Quelle est la place de la contention aux urgences ? Comment est-elle perçue aux urgences ? La mise en place de la contention a-t-elle une visée thérapeutique pour les soignants ? Ou a-t-elle pour finalité une mise en sécurité, à la fois du patient mais aussi des soignants eux-mêmes ?

Les notions de contention, de soin et de sécurité sont celles que j'ai choisies pour aborder la suite de ce travail de fin d'études car elles me questionnent et je souhaite en apprendre davantage.

Ma question de départ est la suivante :

« L'acte de contention est-il perçu par les soignants comme un soin ou comme un acte de mise en sécurité ? »

PHASE CONCEPTUELLE

VII. Phase conceptuelle

VII.1 La contention

Étymologiquement, la contention provient du mot « *contentio* » qui signifie « *lutte* »⁶⁰.

➤ Dans l'histoire

Au Moyen-âge, le malade mental était le plus souvent « *soigné* » à domicile, il était en général nécessaire d'attacher « *les fous* ». Ce recours semblait alors traduire l'attention des proches qui veillaient à protéger le fou de lui-même tout en préservant la sécurité de chacun.

Les moyens de contention ne permettaient donc pas d'isoler mais de maintenir le fou dans sa famille ou dans la communauté. Plus tard, il s'agira d'enfermer les errants, les déviants de toutes sortes, dont les fous. Isolement et contention seront alors utilisés non plus pour maintenir à domicile mais pour assigner une place, pour emprisonner, pour exclure.

Au siècle des Lumières, les fous sont enfermés, parfois nus, dans d'étroits cachots, et nourris par des guichets au moyen de récipients de cuivre attachés à des chaînes. On utilise des camisoles de force et des chaînes fixées au mur et au lit pour immobiliser les malades en se fondant sur la théorie que plus la contention est douloureuse, meilleurs sont les résultats obtenus. Le fou devient ensuite un malade qu'il faut traiter par l'art de l'aliéniste. Si PINEL⁶¹ libère les aliénés de leurs chaînes, il n'en supprime pas pour cela l'isolement et la contention. PINEL, et surtout ESQUIROL⁶², vont, au contraire, faire de l'isolement un des concepts centraux du traitement moral. La loi du 30 juin 1838, dite "Loi des aliénés" va institutionnaliser l'isolement en créant l'asile. Mais ni la découverte des neuroleptiques, ni l'utilisation des psychothérapies, ni la place du secteur psychiatrique dans les soins ne permettront d'abolir la contention et l'isolement à tel point qu'il apparaît aujourd'hui impossible de se passer de ces techniques dans les situations de grande violence.

⁶⁰ Centre National des Ressources textuelles et Lexicales, (page consultée le 12/04/2018), **Définition de la Contention**, [en ligne]. Adresse URL : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/contention>

⁶¹ P. PINEL : médecin psychiatre et philosophe français (1745-1826)

⁶² J-E D. ESQUIROL : psychiatre français (1772-1840)

➤ Aujourd'hui

La 9^{ème} Conférence de consensus de la Société Francophone de Médecine d'Urgence en 2002 précise que la contention est une « *mesure de dernier recours, qui doit rester exceptionnelle et temporaire, en étant associée à d'autres prises en charge thérapeutiques* »⁶³. C'est une privation des droits fondamentaux nécessaire pour calmer une crise et protéger le patient, souvent contre lui-même.

La Haute Autorité de Santé, définit la contention comme suit : « [...] *moyen thérapeutique regroupant l'utilisation de tous les moyens environnementaux, physiques, techniques ou chimiques permettant de limiter les capacités de mobilisation d'un individu afin de le sécuriser ou de protéger son environnement.* »⁶⁴.

Il s'agit d'une prescription médicale devant s'inscrire dans un registre avec un protocole précis. La contention est dorénavant encadrée juridiquement grâce à la Loi de modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016 : « *Art. L. 3222-5-1.-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 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.* »⁶⁵. Cet article précise également que ce soin nécessite une surveillance stricte et exige une traçabilité continue par le biais d'un registre. La HAS a établi une fiche de surveillance de la mise en place des contentions et de l'isolement⁶⁶, organisée sur 24h et permettant une traçabilité de la prescription médicale, de toutes les surveillances horaires effectuées durant la mise en place des contentions et de l'isolement.

Il existe différents types de contentions : physique, mécanique, chimique et environnementale.

La contention physique est définie comme étant « *un maintien ou une immobilisation du patient en ayant recours à la force physique* »⁶⁷.

⁶³ Jury du consensus, 9^{ème} Conférence de consensus, Société Francophone de Médecine d'Urgence, (page consultée le 13/04/18), **Agitation en urgence**, 6 décembre 2002, Toulouse, Texte long, p. 42, [en ligne]. Adresse URL : http://www.sfm.org/upload/consensus/cc_agitation_long.pdf

⁶⁴ Haute Autorité de Santé, **recommandation de bonne pratique, Isolement et contention en psychiatrie, méthode recommandation pour la pratique clinique**, Février 2017, pages 45.

⁶⁵ Légifrance, (Page consultée le 4/04/17), **Loi n° 2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé-article 72**, [En ligne]. Adresse URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁶⁶ Cf. ANNEXE XI

⁶⁷ Haute Autorité de Santé, Synthèse de la recommandation de bonne pratique, **Contention mécanique en psychiatrie générale**, Février 2017, p.1

La contention mécanique est « *l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou 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.* »^{68 69}.

La contention chimique regroupe l'ensemble des traitements chimiques qui peuvent être délivrés à une personne pour contrôler son comportement (neuroleptiques, sédatifs...). La contention « *peut correspondre à l'utilisation en urgence de benzodiazépines ou neuroleptiques, par voie injectable, avec des posologies permettant la sédation d'un patient sans son consentement.* »⁷⁰.

On entend par contention environnementale « *l'ensemble des moyens architecturaux qui permettent de limiter l'espace géographique dans lequel une personne peut se déplacer.* ».

Je me permets de donner ici quelques exemples comme la chambre d'isolement ou encore les services fermés à clés ou les chambres fermées à clés. Il est important de noter que ce type de contention ne doit en aucun cas être une entrave à la sécurité des patients, des biens, et des personnels évoluant au sein de l'établissement.

Concernant l'infirmière, la mise en place d'une contention est un acte de soin légiféré dans le Code de la Santé Publique. L'article R4311-5⁷¹ indique qu'« *il est du rôle propre de l'infirmière d'observer et surveiller les troubles du comportement afin de rechercher des signes de complications liés à la contention, d'installer le patient dans une position adéquate au regard de l'évaluation clinique réalisée et d'accompagner psychologiquement le patient et son entourage.*». L'article R4311-7⁷² précise que « *l'infirmier, par son rôle prescrit, est en charge de la mise en œuvre de l'ensemble des prescriptions de mise en place de mesure de contention* ». En outre, l'article R4311-9⁷³ vient rappeler que l'objectif de tout infirmier et infirmière exerçant sa profession, peu importe son lieu d'exercice, est de protéger le patient.

⁶⁸ Haute Autorité de Santé, Synthèse de la recommandation de bonne pratique, **Contention mécanique en psychiatrie générale**, Février 2017, p.1

⁶⁹ Cf. ANNEXE XII

⁷⁰ COLOMBIER B, MOULIAS S, CURATOLO N, [et al.], in *Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2015 ; 13 (1) : 31-5, (page consultée le 13/04/18), **Synthèse : Interprétation et pratiques autour du terme « contention chimique » : étude qualitative auprès de 50 professionnels de santé**, [en ligne]. Adresse URL : http://www.jle.com/download/gpn-303963-interpretation_et_pratiques_autour_du_termes_contention_chimique_etude_qualitative_aupres_de_50_professionnels_de_sante--WtC5Kn8AAQEAAABM5OawAAAAJ-a.pdf

⁷¹ *Légifrance, service public de la diffusion du droit*, (page consultée le 13/04/2018), **article R4311-5**, [en ligne]. Adresse URL : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

⁷² *Ibid.* article R4311-7

⁷³ *Ibid.* article R4311-9

Aussi, cet article précise la notion d'urgence. En effet, « *en cas d'urgence, l'infirmier peut mettre en place, en fonction de son évaluation clinique si possible partagée en équipe, une mesure de contention si la situation l'impose. Dans ce cas, l'infirmier prendra le soin de faire valider au plus tôt cette pratique par un médecin et une prescription en l'argumentant.* »⁷⁴.

La HAS a établi 10 critères pour assurer la qualité de l'utilisation de la contention⁷⁵. (Par soucis de clarté dans ce travail, j'ai choisi de ne pas les exposer dans la phase conceptuelle. Veuillez-vous référer à la note de bas de page ci-dessus)

En lien avec l'analyse des entretiens, on peut observer que les patients les plus à même d'avoir un comportement violent et donc d'être contentonné sont ceux ayant un trouble psychiatrique.

Dans le cas de certaines de ces pathologies, les patients peuvent présenter une angoisse de morcellement. Les contentions peuvent être une solution temporaire à cette dissociation corps/esprit. En effet, en lien avec l'Unité d'Enseignement 1.1 du semestre 1 de la formation en soins infirmiers « *Psychologie, sociologie, anthropologie* », l'unité corporelle et psychique de l'enfant se construit par la fonction maternelle qui est caractérisée par le « *Handling* », le « *Holding* » et « *l'object presenting* ». Ces trois notions sont fondamentalement liées pour un développement psychosomatique harmonieux de l'enfant et donc du futur adulte.

Selon Winnicott⁷⁶, le « *Handling* » concerne les manipulations corporelles que fait la mère à son enfant : les soins de toilette, d'habillage et les caresses, les échanges et contacts corporels. Il permet à l'enfant de construire son schéma corporel et d'en définir les limites. Le « *Holding* » correspond à la continuité d'être du bébé, du maintien de son environnement. Il permet au bébé de différencier le « *dedans* » du « *dehors* », le sujet de son environnement. Grâce à ces deux notions, la psyché s'installe dans le soma ; l'enfant acquiert le sentiment d'habiter son corps et de le différencier de son environnement extérieur. « *L'object presenting* » quant à lui, correspond à la présentation de l'objet par la mère qui est là, présente au bon moment.

Il permet à l'enfant de lui attribuer une existence mais aussi de lui donner l'illusion, le fantasme qu'il crée l'objet, l'enfant fait alors l'expérience de l'omnipotence, c'est-à-dire de la toute-puissance.

⁷⁴ *Ibid.* article R4311-9

⁷⁵ Cf. ANNEXE XIII

⁷⁶ D. WINNICOTT : pédiatre, psychanalyste et théoricien de la psychanalyse de l'enfant (1896-1971)

De plus, il faut que « *la mère soit suffisamment bonne* », pour répondre aux besoins de son enfant et lui permettre de réaliser l'unité psyché/soma. « Une mère suffisamment bonne » est définie selon Winnicott comme « *celle qui est capable de suivre les possibilités de son enfant à faire face à la frustration, ni trop longtemps absente, ni trop possessive ou envahissante* »⁷⁷. Dans les premiers temps de sa vie, le nourrisson a des besoins auxquelles sa mère va répondre, lui permettant une adaptation parfaite à son environnement. Au fil du temps, la mère va répondre progressivement de moindre manière aux besoins du nourrisson ce qui lui permet de se détacher de celle-ci sans passer par des angoisses importantes dues à la perte brutale du « *handling* » et du « *holding* ». L'enfant associe alors ses sentiments de colère à l'absence de sa mère et de créer, puis maintenir en lui une représentation de celle-ci.

Les contentions sont donc une substitution des notions de « *handling* » et de « *holding* ». Elles permettent ainsi, dans les situations d'urgences et sous prescription médicale, de créer un sentiment de sécurité pour le patient par le biais du touché, relatif au « *handling* ». Elles évitent ainsi une dissociation – dans le cas des pathologies psychiatriques - et permet au patient de différencier son unité corporelle et son unité psychique de son environnement. La contention physique liée à l'isolement en chambre de soin intensif permet aussi de créer un sentiment de sécurité pour le patient, de prévenir d'une auto ou hétéro-agressivité, de diminuer ou d'éviter un sentiment de persécution, et aussi de faire naître un sentiment de sécurité « inconscient » pour les soignants.

La contention a donc une réelle visée thérapeutique selon Winnicott. Elle doit être considérée par les professionnels comme ayant un réel enjeu de santé. La contention, est une mesure prise lorsque plus aucune autre possibilité thérapeutique ou relationnelle peut être appliquée. De plus, lors des entretiens, j'ai pu constater que les professionnels ne donnent pas un réel sens à la violence, par conséquent, la mise en place des contentions a-t-elle un sens thérapeutique pour les soignants dans les services de soins généraux comme les urgences ?

Aussi, Camille et Maryse ont un protocole, ce qui induit une mise en chambre d'isolement et une contention systématique lors de l'arrivée d'un patient agité et/ou violent. Or, comme vu ci-dessus, la contention ne doit être effective que lorsqu'il n'y a plus de solution. Florence vient rajouter qu'elle souhaiterait que les contentions ne soient pas mises en place de manière « *systématique* » et cela vient conforter les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé.

⁷⁷ Psychologie, (page consultée le 16/04/18), **La relation précoce mère-enfant**, [en ligne], URL : http://www.lapsychologie.com/relation_parent_nourrisson.htm

VII.2 Le soin et le prendre soin

Le soin est issu du verbe latin « *soniare* » qui signifie « *s'occuper de* ». Dans son sens courant, il se définit comme des « *actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un* »⁷⁸. Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales le définit comme un « *ensemble des actions et pratiques mises en œuvre pour conserver ou rétablir la santé* »⁷⁹. Le Guide du Service Infirmier⁸⁰ explique : « *un soin est une action ou un ensemble d'actions qu'une personne décide ou accomplit pour elle-même et pour autrui, afin d'entretenir la vie, de maintenir, restaurer et promouvoir la santé* ». Cette dernière définition vient ajouter une notion qui paraît logique de sens mais qu'il est important de préciser : le soin ne peut s'effectuer sans l'interaction entre deux sujets.

Le soin est une notion ancienne et complexe qui existe depuis le berceau de l'humanité. Marie-Françoise COLLIÈRE explique dans son ouvrage que « *soigner est une nécessité impérieuse de toutes les espèces vivantes. Dès que la vie apparaît, les soins existent : il faut « prendre soin » de la vie pour qu'elle puisse demeurer* »⁸¹. L'auteure rajoute une propriété rare au verbe « soigner ». Elle dit « [...] *il est un des rares verbes qui se conjugue à la forme passive, pronominale et active : Etre soigné... se soigner... soigner* »⁸². Cela implique que le soin est une action réalisable si elle met en jeu au moins deux personnes : celui qui soigne et celui qui reçoit le soin. Cela vient conforter la définition que donne le Guide du Service Infirmier.

Durant des siècles, et aujourd'hui encore, le soin n'est pas seulement celui d'un professionnel à un patient, il peut être celui d'une mère qui donne le bain à son nourrisson, ou celui d'un fils qui aide sa mère à se lever du fauteuil. Le soin nécessite une mobilisation des valeurs humaines, sociales, créatrices de liens et qui requière des connaissances et une technicité basée principalement sur un vécu expérientiel.

⁷⁸ Dictionnaire de Français Larousse, (page consultée le 17/04/18), **Définition du soin**, [en ligne]. Adresse URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>

⁷⁹ Centre National des Ressources textuelles et Lexicales, (page consultée le 12/04/2018), **Définition du soin**, [en ligne]. Adresse URL : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/contention>

⁸⁰ Ministère des solidarités et de la santé, (page consultée le 19/04/18), **Guide du service infirmier**.

⁸¹ COLLIÈRE M-F., **Soigner... Le premier art de la vie**, Paris, InterEditions, édition MASSON, 2001, p. 121.

⁸² *Ibid.* p. 137

Le soignant quant à lui, requière des connaissances et des compétences spécifiques au domaine du soin, pour « *permettre au patient d'assurer tout ce qui lui était nécessaire pour assurer sa vie.* »⁸³. Je viens faire le lien dans cette citation avec ma question de départ.

En effet, si le soignant soigne, et donc considère la mise en place des contentions comme un soin, alors est-il considéré qu'il fait tout ce qui est nécessaire pour assurer la vie du patient ? M-F COLLIERE explique également que le soin est créateur de liens entre les individus et à mobiliser toutes les ressources de la personne soignée :

« [...] Le sens originel des soins, c'est prendre en compte, donner un sens à tout ce qui peut contribuer à mobiliser, développer la vie, tout ce qui est source vivificatrice, tout ce qui peut faire vivre au regard de ce qui fait obstacle à la vie, en sachant discerner les limites et les seuils inhérents à chaque situation ».

On peut considérer « *la vie* » comme « le vivant », celui qui reçoit les soins, celui qui est être Humain. Suite à cette situation je me pose la question suivante : comment la mise en place des contentions peut-elle contribuer, si elle est considérée comme un soin, à créer des liens entre le soignant et le soigné contentié ?

Dans le développement de ce concept, je trouvais intéressant de développer la notion de « prendre soin ».

Walter HESBEEN donne la définition du prendre soin comme tel : « *Prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est propre, et ce dans un but de contribuer à son bien-être, à son autonomie* »⁸⁴. Il ajoute que « *prendre soin est un art, c'est l'art du thérapeute, celui qui réussit à combiner des éléments de connaissance, d'habileté, de savoir-être, d'intuitions qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un dans sa situation singulière.* ».

Cette définition est intrigante quant à ma question de départ. En effet, une mise en place de contention n'est pas un acte anodin, et comme vu précédemment relève d'un cadre législatif très précis. Pour rappel, les soignantes interviewées disent ne pas forcément expliquer le soin au patient, et ne donne « *pas le choix* » au patient : « *c'est comme ça* », « *on est obligé c'est le protocole* », « *il y a des règles* ». Or, W. Hesbeen dit que le soignant doit combiner des connaissances, une habileté et un savoir-être pour venir en aide à une personne. Alors comment faire pour que « le protocole de contention d'un patient agité » devienne singulier et non systématique ?

⁸³ *Ibid.* p.117

⁸⁴ HASBEEN W., **Prendre soin à l'hôpital ; inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante**, InterEditions, Edition MASSON, p. 29

Suite à ce questionnement, je me suis interrogée sur la place de l'éthique dans le soin. L'éthique est une notion fondamentale dans notre profession. C. PACIFIC, Cadre supérieur de santé et Docteur en philosophie vient préciser que l'éthique n'est « *pas immanente au soignant, [...] mais qu'il croit en la capacité du soignant d'investir cette réflexion.* ».

Ce qui suit est tiré de l'ouvrage de M. FORMARIER et L. JOVIC, Les concepts en sciences infirmières⁸⁵ :

« L'éthique dans le soin doit être une préoccupation majeure de tous professionnels de santé. Dans la pratique, chacun a le droit de s'interroger face à certaines situations ou pratiques de soins. Le soignant doit préserver sa faculté de jugement et défendre au sein de l'établissement les principes d'une liberté consciente et vigilante afin de répondre le plus équitablement possible toujours dans l'intérêt de la personne. »

Hypothétiquement, le soignant doit conserver sa réflexion soignante et son raisonnement clinique. Le protocole permet une facilité des soins et une mise en sécurité des professionnels : toute personne annoncée comme agitée est mise en chambre d'isolement et contentionné.

Mais ce protocole permet-il de laisser le soignant se questionner quant à ses pratiques professionnelles ? Lui laisse-t-il sa posture réflexive ?

⁸⁵ FORMARIER M. et JOVIC L., *Op. Cit.* pp. 176-177

VII.3 Le concept de sécurité au travers de l'insécurité

La sécurité est un besoin fondamental de l'homme. Certains événements actuels avec notamment les récents attentats véhiculés par les médias, créent un climat d'insécurité collective qui nous oblige à intégrer cette notion dans notre environnement quotidien, et qui est souvent vécu comme hostile. Donner un climat d'insécurité à une personne peut provoquer un état de défiance, de méfiance ou d'anxiété.

Pour mieux comprendre ce qu'est la sécurité je vais d'abord aborder ce qu'est l'insécurité.

Le concept d'insécurité est issu du concept de sécurité et du préfixe de privation « in ». Le terme de « sécurité » est très ancien, il est emprunté au latin « *securitas* » qui signifie « *absence de soucis, tranquillité* »⁸⁶.

Le Dictionnaire Larousse définit la sécurité comme une situation de quelqu'un qui se sent à l'abri du danger, qui est rassuré ». Cette définition fait apparaître les notions de sensation, sentiment dans la sécurité.

K. LORENZ⁸⁷ dit :

*« Il est courant d'admettre que l'être humain est équipé pour apprendre à se défendre et faire face aux situations d'insécurité. Chacun a un seuil de tolérance aux situations pénibles voire hostiles et se défendra comme il ou elle aura appris. L'insécurité est un sentiment et montre bien que celui-ci façonne l'être humain. »*⁸⁸

Peut-on alors mettre en relation le fait que de mettre des contentions est le moyen utilisé par les soignants pour palier à ce sentiment d'insécurité ? La mise en place des contentions est-elle alors perçue par les soignants comme une mise en sécurité d'eux-mêmes ?

L'insécurité est définie en opposition à la sécurité. S. ROCHE⁸⁹ explique que « *l'insécurité désigne dans leur vie quotidienne, le sentiment fait d'anxiété que peut ressentir un individu [...] devant ce qui peut advenir. Il s'oppose au sentiment de sécurité ou de sérénité.* »⁹⁰. Avec cette définition, je peux supposer que les contentions peuvent être perçues par les soignants comme une mise en sécurité.

⁸⁶ FORMARIER M. et JOVIC L., *Op. Cit.* p. 269

⁸⁷ K. LORENZ : éthologue, prix Nobel de médecine et de physiologie

⁸⁸ FORMARIER M. et JOVIC L., *Op. Cit.* p. 269

⁸⁹ S. ROCHE : politologue français spécialisé en criminologie, docteur en sciences politiques, directeur de recherche au Centre National de la Recherche Scientifique

⁹⁰ FORMARIER M. et JOVIC L., *Op. Cit.* p. 269

En effet, l'agressivité et la violence sont des facteurs imprévus, qui peuvent venir enrayer le « bon » fonctionnement du service des urgences, amener de « l'inattendu insécuritaire » et ainsi concourir au développement d'un sentiment d'anxiété pour l'équipe pluri professionnelle. Hypothétiquement, la contention peut donc être un moyen de mise en sécurité du personnel soignant.

La recherche de sécurité est une quête continue de l'Homme depuis des siècles. Le sentiment d'insécurité est subjectif et peut venir « *perturber le développement bio psycho social de l'être humain* ». L'insécurité peut alors mettre les personnes en difficultés de protection d'elles-mêmes ou de leurs biens. Mais, dans son approche positive, l'insécurité permet d'anticiper les situations de danger et d'exercer une vigilance.

« Chaque individu a de la violence, une représentation qui dépend de son vécu familial et social, de sa « carte du monde ». Il est donc nécessaire pour les soignants, également aux prises avec leurs propres représentations, d'adopter une attitude commune et professionnelle face à la violence »⁹¹.

La mise en place des contentions est-elle une réponse commune et professionnelle face à la violence ?

⁹¹ FORMARIER M. et JOVIC L., *Ibid.* p. 269

SYNTHESE

VIII. Synthèse

Ce travail de fin d'étude, m'a permis de faire cheminer ma pensée et ma réflexion soignante.

En effet, j'ai trouvé dans ce travail une réelle avancée et surtout une prise de piste de réflexion différente que celle imaginée au début de ce travail, ce que je ne regrette absolument pas. Ce travail m'a amené vers une question de départ que jamais je n'aurais pu prévoir avant d'en arriver là.

Durant l'élaboration de ce mémoire, j'ai rencontré certaines difficultés notamment lors de l'analyse des entretiens. En effet, j'aurais dû écrire mon premier verbatim avant de réaliser le deuxième entretien car je me suis aperçue que j'avais posé certaines questions dans l'entretien n°1, que je ne repose pas dans les entretiens n°2 et n°3 et qui auraient pu venir apporter des éléments complémentaires à mon analyse. En revanche, je pense avoir abordé un champ assez large de questions lors de mes entretiens, ce qui m'a permis d'en faire ressortir les notions principales, d'en découvrir de nouvelles et de pouvoir ainsi réaliser une analyse claire de celles-ci.

De plus, j'ai eu quelques difficultés durant l'élaboration de la phase conceptuelle notamment pour les concepts de soin et de sécurité. En effet, ceux-ci sont peu abordés dans les ouvrages, et le peu d'ouvrages existant étaient déjà empruntés par d'autres étudiants ce qui m'a posé problème pour l'élaboration de cette partie. J'ai en revanche réussi à trouver quelques auteurs mais ces parties sont pauvres, ce qui ne me satisfait que très peu. Néanmoins, de par mes recherches exploratoires et conceptuelles, j'ai découvert que les termes d'agressivité et de violence sont souvent confondus ou utilisés de manière indifférenciée. Pourtant, il est nécessaire d'insister sur le fait de l'existence d'une distinction entre ces deux notions, qui réside dans la place accordée à autrui. Aujourd'hui, de plus en plus de faits de violence émanant d'un patient sont recensés par l'ONVS, et les infirmières en sont les premières victimes. De plus, la violence fait naître de nombreuses conséquences multidimensionnelles sur une personne victime d'un fait de violence. Aussi, la mise en place des contentions a un réel enjeu thérapeutique et est un soin à proprement parlé, mais il est aussi vecteur de la création du sentiment de sécurité, à la fois pour le patient mais aussi pour le soignant. Ce sentiment de sécurité étant un besoin fondamental que chaque individu désire ressentir dans son existence.

L'intérêt de ce travail est pour moi primordial dans mon futur exercice professionnel. Je vais bientôt quitter mon statut d'étudiante, et ce travail de recherche m'aide à me projeter en tant qu'infirmière. En effet, ayant pour projet professionnel de travailler dans un service d'urgence, je sais à la suite de ce travail, mais également de par mon exercice professionnel comme aide-soignante, que je vais être amenée à rencontrer, de plus en plus régulièrement, des patients ayant des comportements violents.

Je souhaite mettre en avant les connaissances apprises durant ce travail à profit lors de mon futur exercice professionnel. Je sais désormais qu'il faut faire preuve de réflexion, se questionner sur sa pratique professionnelle peu importe la situation rencontrée. La violence à un sens qu'il est important de prendre en compte. Chaque situation, chaque patient doit être pris en charge dans sa singularité.

VIII.1 Question de recherche provisoire

Durant l'élaboration de ce travail, et notamment suite à la phase conceptuelle, j'ai découvert des notions qui me semblent très intéressantes à questionner. Dans ce travail je me suis intéressée à la perception qu'avaient les soignants quant à la mise en place des contentions.

Durant mes recherches, j'ai trouvé que les représentations sociales, également aux prises chez les soignants, pouvaient venir influencer son attitude, son jugement et sa réflexion. C'est pourquoi, je souhaite poursuivre et élargir mon champ de recherche, sur la base de la question de recherche provisoire suivante :

Comment les représentations sociales du soignant peuvent venir interagir sur sa prise en charge d'un patient violent aux urgences ?

CONCLUSION

CONCLUSION

Ce travail d'initiation à la recherche marque la fin de mes études. Il est pour moi, l'aboutissement d'un long travail, d'apprentissages, de réflexions et de remises en question.

La construction de ce travail prend du temps, laisse place à de multiples interrogations, au doute, au stress, à l'angoisse et j'oserais même dire parfois à l'énervement ! Mais ce travail de fin d'études m'a donné de nombreuses satisfactions, à commencer par le goût de la recherche, de découverte, et toujours la volonté d'apprendre pour améliorer sa pratique professionnelle.

Ce travail symbolise l'aboutissement de ma formation infirmière après un parcours atypique semé d'embûches mais dont je suis fière. Ce mémoire représente tout la réflexivité infirmière, dont les formateurs nous faisaient et nous font encore l'apologie. Mais de part ce travail je me rends compte de toute l'importance de la recherche clinique infirmière dans notre métier, d'une part pour faire évoluer nos pratiques professionnelles mais aussi pour mettre en avant la réflexivité et le raisonnement clinique infirmier.

Les ouvrages que j'ai pu consulter, les recherches que j'ai effectuées, les professionnelles interrogées ont intensément enrichi mon projet professionnel et m'ont permis d'affiner ma réflexivité infirmière ainsi que ma posture professionnelle.

J'ai pris conscience dans ce travail de l'importance de la singularité de la prise en charge d'un patient, de ne pas être dans une routine, une prise en charge systématique, identique à tous patients se présentant en service d'urgence. Certes des invariants sont obligatoires dans une prise en charge, mais toute la singularité de cette dernière réside en le soignant et en ce qu'il va mettre en place. Aussi, cela m'a permis de prendre de la hauteur quant à ma propre pratique professionnelle comme aide-soignante et comme étudiante infirmière. La nécessité de se remettre en question et d'évaluer ses propres pratiques professionnelles est essentielle pour assurer au patient une prise en charge de qualité, dans les meilleures conditions possibles.

Je m'aperçois, pour finir, que l'aboutissement de la formation infirmière n'est pas une fin en soi, mais le début du commencement d'une réflexion professionnelle pérenne...

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

TEXTES REGLEMENTAIRES

- Circulaire n°DH.4B/DGS 3E/91-34 du 14 Mai 1991, relative à l'amélioration des services des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'amélioration
- Ministère des solidarités et de la santé, direction générale de l'offre de soins, **RAPPORT 2017, Données 2015 et 2016**, Observatoire National des Violences en milieu de Santé.
- Haute Autorité de Santé, Synthèse de la recommandation de bonne pratique, **Contention mécanique en psychiatrie générale**, Février 2017, pages 8.
- Haute Autorité de Santé, recommandation de bonne pratique, **Isolement et contention en psychiatrie, méthode recommandation pour la pratique clinique**, Février 2017, pages 45.

DICTIONNAIRES, ENCYCLOPEDIES

- Le petit Robert de la langue française, édition 2015 le ROBERT, pages 2837.
- PICOCHÉ J. Le ROBERT, dictionnaire étymologique du français, nouvelle édition 2008, collection les usuels, p. 533

LIVRES

- Formation des professions de santé, Profession INFIRMIER, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, Edition Berger-Levrault, à jour le 1/08/2013, REF. 531200,
- ESTRYN-BEHAR M., **Stress et souffrance des soignants à l'hôpital** – Paris, Editions Estem, 1997, p.54
- GBEZO B. E., **Les soignants face à la violence**, Unité de soins d'urgence, 2^{ème} édition, Edition LAMARRE, 2011 ;
- FORMARIER M. et JOVIC L., **Les concepts en sciences infirmières**, ARSI, éditions MALLETT CONSEILS, 2009, pages 291
- COLLIÈRE M-F., **Soigner... Le premier art de la vie**, Paris, InterEditions, édition MASSON, 2001, p. 121.
- HASBEEN W., **Prendre soin à l'hôpital ; inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante**, InterEditions, Edition MASSON, p. 29

ARTICLES DE REVUES

- TISSERON S., « **Violence et agressivité, une distinction essentielle** » in *Santé mentale, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, Février 2012, n°165, p. 6-7.
- COLLECTIF, « **La violence à l'hôpital** » in *La revue de l'infirmière*, Novembre 2010, n°165, p.17
- « **Dossier : Les faits de violence en milieu hospitalier** », in *L'aide-soignante*, Février 2013, n°144, édition ELSEVIER MASSON, p. 10-11.
- PONTE C., « **Violence en établissements de santé, éclairage juridique** » in *Soins*, 2007, n°715, p. 36-37.

SITES INTERNET

- Légifrance, service public de la diffusion du droit, (page consultée le 19/02/17), [en ligne]. Adresse URL :
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006685741&idSectionTA=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170219>
- EurekaSanté, VIDAL, (page consultée le 17.03.2018), LOXAPAC, [en ligne]. Adresse URL : <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-mloxap01-LOXAPAC.html>
- Bibliothèque Numérique de Droits de la Santé et d'éthique médicale (BNDS), (page consultée le 26.11.17), **Définition du SAU**, [en ligne]. Adresse URL : <https://www.bnds.fr/dictionnaire/sau.html>
- Panorama de la DREES Santé, (page consultée le 3.12.17), **Les établissements de santé**, Édition 2017, p. 10, [en ligne]. Adresse URL : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2015.pdf>
- Ministère des solidarités et de la santé, (page consultée le 19/12/17), **La violence en milieu de santé ; un meilleur accompagnement des professionnels et des patients**, mis à jour le 6.12.17, [en ligne]. Adresse URL : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/onvs>
- Rapport mondial sur la violence et la santé, (page consultée le 26/11/17), **Définir la violence**, p.3, [en ligne]. Adresse URL : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_fr.pdf

- COLOMBIER B, MOULIAS S, CURATOLO N, [et al.], Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil 2015, (page consultée le 13/04/18), **Synthèse : Interprétation et pratiques autour du terme « contention chimique » : étude qualitative auprès de 50 professionnels de santé**, [en ligne]. Adresse URL : <http://www.jle.com/download/gpn-303963-interpretation-et-pratiques-autour-du-terme-contention-chimique-etude-qualitative-a-upres-de-50-professionnels-de-sante--WtC5Kn8AAQEAAABM5OawAAAAJ-a.pdf>
- Jury du consensus, 9^{ème} Conférence de consensus, Société Francophone de Médecine d'Urgence, (page consultée le 13/04/18), **Agitation en urgence**, 6 décembre 2002, Toulouse, Texte long, pages 42, [en ligne]. Adresse URL : http://www.sfm.org/upload/consensus/cc_agitation_long.pdf
- Centre National des Ressources textuelles et Lexicales, (page consultée le 12/04/2018), **Définitions**, [en ligne]. Adresse URL : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/contention>
- Psychologie, (page consultée le 16/04/18), **La relation précoce mère-enfant**, [en ligne], URL : http://www.la-psychologie.com/relation_parent_nourrisson.htm
- Dictionnaire de Français Larousse, (page consultée le 17/04/18), **définition du soin**, [en ligne]. Adresse URL : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>
- Conseil International des Infirmières, (page consultée le 30/04/2018), **directive : comment affronter la violence au travail**, Genève, 2007, PDF, pp.32, [en ligne]. Adresse URL : http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_violence_fr.pdf

DOCUMENTS NON PUBLIES

- PowerPoint GSP15, « **l'entretien** », accessible sur le réseau étudiant, IFSI La Roche sur Yon.
- Extrait PPT Promotion 2014/2017, « **L'entretien comme outil d'évaluation** », JC VILATTE, laboratoire Culture et communication, Université d'Avignon, 2007

ILLUSTRATION DE COUVERTURE

- HIRLAY, Christian. In : *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*. Manuel à l'usage des soignants. 4^{ème} édition. Montargis : © Publication de la MNH. Juillet 2011, ill. page 48

ANNEXES

ANNEXE I : GUIDE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

AS : Aide-Soignante

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

SAMU : Service d'Aide Médical d'Urgence

SAU : Service d'Accueil des Urgences

GREASSUR : Groupe d'Enseignement des Activités de Secours et de Soins
d'Urgence-Réanimation

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TPN : Trouble Psychique ou Neuropsychique ayant abolie le discernement ou le
contrôle des actes de l'auteur.

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

EHPAD : Etablissement d'Hospitalisation pour Personnes Agées Dépendantes

USC : Unité de Soins Continus

HAS : Haute Autorité de Santé

ANNEXE II : REPARTITION DES SIGNALEMENTS EN 2015

Tableau 2. Répartition des signalements (atteintes aux personnes et aux biens) par lieu ou unité

2015 - Lieu ou unité	Total des signalements*	Nombre d'atteintes aux personnes	Nombre d'atteintes aux biens
Psychiatrie	3 362	3 114	468
Urgences	2 162	1 981	332
USLD / EHPAD	1 556	1 486	103
Médecine	1 527	1 078	485
Unité de soins	1 322	1 016	367
Autres	1 230	704	572
Chirurgie	620	376	250
SSR	569	487	102
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	514	172	363
Gynécologie, obstétrique, maternité	379	240	148
Pédiatrie, Néonatalogie	320	257	72
Gériatrie court séjour	249	213	42
Accueil, standard	233	202	42
UHCD / UHTCD	222	208	21
Vestiaires	163	11	154
Réanimation	156	119	38
Radiologie	154	109	47
Rééducation	129	86	46
Bloc opératoire	124	78	48
Hôpital de jour	118	90	36
UMD (Unité pour Malade Difficile)	108	100	18
Addictologie	100	72	35
SSIAD / domicile du patient	97	70	28
Bureau du personnel	68	14	55
Foyer d'enfance / Adolescents	66	63	7
Non précisé	64	47	19
Laboratoire	59	18	41
Centre Médico Psychologique	59	49	18
Services techniques, sécurité	55	35	22
Pharmacie	30	15	16
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	23	20	5
UCSA	23	23	0
Magasins	22	4	18
Accueil Mère-Enfant	22	19	5
Polyhandicapés	17	17	1
Dépôt mortuaire	14	8	6
Centre de détention	14	10	4
UHSA	13	9	6
UMJ	12	5	7
Alcoologie	12	11	1
UHSI	3	1	2
Total général	15 990*	12 637	4 050

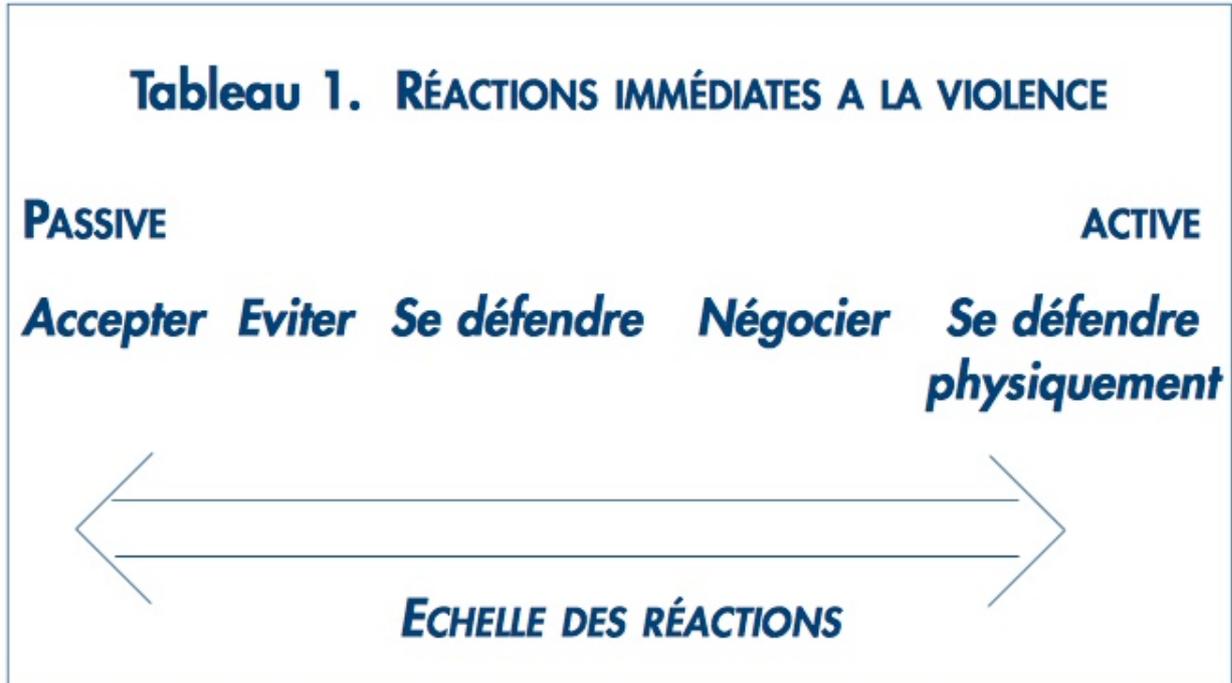
Source : ministère chargé de la santé – DGOS – ONVS – plateforme signalement

* Un signalement peut comporter plusieurs types d'atteintes

ANNEXE III : REPARTITION DES SIGNALEMENTS EN 2016

2016 - Lieu ou unité	Total des signalements*	Nombre d'atteintes aux personnes	Nombre d'atteintes aux biens
Psychiatrie	3 490	3 288	512
Urgences	2 354	2 155	390
USLD / EHPAD	1 981	1 893	157
Médecine	1 657	1 261	472
Unité de soins	1 512	1 108	486
Autres	1 386	873	604
SSR	772	706	98
Chirurgie	596	409	212
Gynécologie, obstétrique, maternité	431	290	163
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	412	163	273
Pédiatrie, Néonatalogie	367	299	97
Gériatrie court séjour	301	273	39
UHCD / UHTCD	220	209	23
Accueil, standard	218	191	37
Réanimation	203	160	54
Radiologie	177	137	47
Rééducation	155	113	44
Bloc opératoire	129	68	66
Vestiaires	123	7	120
Hôpital de jour	112	94	31
UMD (Unité pour Malade Difficile)	106	105	12
Non précisé	100	78	31
Addictologie	95	73	32
Polyhandicapés	89	89	2
Centre Médico Psychologique	87	79	24
Services techniques, sécurité	75	50	31
SSIAD / domicile du patient	64	57	8
Accueil Mère-Enfant	55	50	11
Bureau du personnel	53	18	37
Foyer d'enfance / Adolescents	50	46	11
Laboratoire	36	21	16
Pharmacie	30	16	15
UCSA	30	26	4
UHSA	28	28	3
Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel	23	17	8
Centre de détention	23	23	1
Magasins	20	5	16
Dépôt mortuaire	10	10	2
Maison d'Accueil Spécialisée	9	7	3
Alcoologie	8	8	0
Unité Médico-Judiciaire (UMJ)	5	2	3
UHSI	4	3	2
Total général	17 596*	14 508	4 197

ANNEXE IV : REACTIONS IMMEDIATES A LA VIOLENCE⁹²



⁹² Conseil International des Infirmières, (page consultée le 30/04/2018), **directive : comment affronter la violence au travail**, Genève, 2007, PDF, p.9, [en ligne]. Adresse URL : http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_violence_fr.pdf

ANNEXE V : GUIDE D'ENTRETIEN

Question 1 :

- Pouvez-vous vous présenter ?

Question de relance :

- *Depuis quand êtes-vous infirmière ?*
- *Depuis combien de temps travaillez-vous aux urgences ?*
- *Avez-vous été formé pour prendre en charge un patient violent ?*

OBJECTIF : Pouvoir obtenir des informations sur son expérience professionnelle afin d'en mesurer les écarts et pouvoir établir un comparatif

Question 2 :

- Quelles sont vos missions au quotidien ?

OBJECTIF : savoir si la prise en charge de la violence fait partie des missions et du rôle infirmier.

Question 3 :

- Pour vous la violence qu'est-ce que c'est ?

Questions de relance :

- *Quelles différences faites-vous entre l'agressivité et la violence ?*

OBJECTIF : identifier les représentations soignantes sur les notions d'agressivité et de violence.

Question 4 :

- Avez-vous fait face à une situation de violence au cours de votre exercice professionnel ?

Questions de relance :

- *Étiez-vous victime ou témoin d'une situation de violence ?*
- *Avez-vous une situation à me raconter ?*
- *Comment agissez-vous, que mettez-vous en place ?*
- *Quels sont les outils, moyens, techniques que vous utilisez ?*
- *Il y a-t-il un moment de la journée où la violence est prévalente par rapport au reste de la journée de travail ?*

OBJECTIF : identifier le type de violence rencontrées afin de pouvoir analyser sur trois situations données, le type de violence prévalent ainsi que les outils utilisés.

Question 5 :

- Selon vous, quels impacts y a-t-il sur le soignant victime d'un fait de violence ?

Questions de relance :

- *Qu'est-ce que cela vous renvoie en tant que soignant ?*
- *Quelles sont les émotions ressenties ?*
- *Identifiez-vous des mécanismes de défense ?*
- *Vous est-il arrivé d'avoir peur ?*

OBJECTIF : identifier les réactions humaines soignantes face à une situation de violence.

Question 6 :

- Selon vous, quels impacts y a-t-il sur le patient auteur d'un fait de violence ?

Questions de relance :

- *Donnez-vous un sens à la violence ?*
- *Selon vous, est-ce que la violence peut être perçue comme un symptôme d'une pathologie ?*

OBJECTIF : identifier les représentations des soignants face à un patient auteur d'un fait de violence et en comprendre si la violence du patient a un sens pour le soignant.

Question 7 :

- Selon vous, quelles sont les conséquences de la violence sur la relation soignant-soigné après une situation de violence ?

Questions de relance :

- *La relation de confiance peut-elle être impacter ?*
- *Etes-vous à l'aise dans la suite de la prise en charge ?*
- *Arrivez-vous à prendre du recul face à la situation de violence ?*

OBJECTIF : Analyser les conséquences identifiées par les soignants de la violence sur la relation soignant-soigné et donc sur la prise en charge qui en découle. (Similarité et/ou écart entre la prise en charge initiale avant l'acte de violence et après).

Question 8 :

- Selon vous, qu'est ce qui pourrait aider le soignant dans sa globalité, à faire face à ses situations de violence ?

OBJECTIF : définir s'il y a des pistes de solutions afin de faire face en toute sécurité à une situation de violence

Question 9 :

- Que peut-on mettre en place pour réduire les situations de violence ?

Questions de relance :

- *Des formations ?*
- *Des techniques ?*
- *Des moyens ?*
- *Des outils ?*

OBJECTIF : définir s'il y a des pistes de solution pour réduire la violence aux urgences ?

Question 10 :

- Avez des éléments, des notions que vous souhaiteriez ajouter ?

OBJECTIF : donner la possibilité au soignant d'évoquer des éléments non cités lors de l'entretien.

ANNEXE VI : VERBATIM DE L'ENTRETIEN EXPLORATOIRE N°1

LT : Je vais vous demander de vous présenter.

AS : oui, je m'appelle Maryse, je suis aide-soignante depuis très longtemps et au niveau des urgences je suis là depuis au moins 30 ans

LT : dans ce service, ici ?

AS : dans ce service des urgences ici, avant j'avais fait de la rhumatologie, de la pneumologie et j'avais fait ce qui est maintenant le soin de suite des personnes âgées

LT : d'accord,

AS : voilà le parcours depuis 40 ans,

LT : d'accord, Heu, est-ce que vous avez été formée pour prendre en charge un patient violent ?

AS : non

LT : jamais ?

AS : il n'y a pas eu de formation spécifique pour la prise en charge,

LT : spécifique pour la prise en charge...

AS : Non, il y a eu qui a été tenté d'être mis en place par des intervenants extérieurs et puis en fait il y avait eu juste un groupe qui a été formé et ensuite ça n'a pas été reconduit. Donc en fait il n'y a jamais eu de formation spécifique pour ça.

LT : ok, Je vais vous demander quelles sont vos missions au quotidien aux urgences ?

AS : alors aux urgences c'est particulier, ce n'est pas du tout comme un service ordinaire, parce que là on travaille vraiment en collaboration avec les médecins et les infirmières. Donc ce qu'on fait, c'est que l'on va prendre une personne en charge de A à Z ; c'est-à-dire qu'on va aider à l'installation, ensuite à différents examens, jusqu'à la sortie ou on les monte dans les étages ou que les gens ressortent. Ça c'est une mission qu'on a tous les jours aux urgences pour tous les patients. Après il y a différents secteurs : y a un secteur de médecine, y a un secteur de chirurgie et maintenant y a aussi un service d'hospitalisation ; donc en fait on est sur tous les niveaux, on va sur tous les secteurs,

LT : d'accord, vous tournez sur tous les secteurs ?

AS : on tourne sur tous les secteurs, tous les jours on est amené à être sur un secteur différent.

LT : ok, et est-ce que vous avez un secteur particulier, où vous avez remarqué que la violence était plus accrue ?

AS : c'est plus sur le secteur de médecine, parce qu'en fait les patients qui sont violents, en général ils viennent parce qu'ils ont un problème médical, 9 fois sur 10.

Après y a aussi la violence des personnes qui en ont marre d'attendre, qui trouvent voilà, le temps trop long, et ça ça arrive de plus en plus souvent.

LT : d'accord et est-ce que pour vous le box d'accueil, ça fait aussi partie d'un secteur où vous êtes face à la violence ?

AS : ça arrive quand ils sont amenés par les pompiers.... Par les pompiers ou la police, ça ça arrive, mais c'est pas nous qui sommes vraiment en 1ere ligne, parce que euh c'est le secteur d'accueil c'est souvent y a l'infirmière, y a les agents administratifs et les infirmières et après nous on est en fait euh, les aides-soignants, on est derrière.

LT : derrière d'accord, vous êtes vraiment dans les différents secteurs ?

AS : Nous on les a vraiment dans un 2eme temps. Il est rare, enfin si ça arrive, mais il est rare qu'on se trouve devant au moment où il y a quelqu'un d'agité qui arrive, c'est surtout les infirmières qui sont en 1^{ère} ligne.

LT : d'accord, Heu... Pour vous la violence, qu'est-ce que c'est ?

AS : ça peut être la violence verbale, ça s'en est une qu'on retrouve de plus en plus souvent c'est-à-dire de l'agressivité, des gens qui vont s'énerver, qui vont nous traiter de tous les noms, ça, ça arrive très souvent, de plus en plus souvent, ensuite il y a la violence physique effectivement chez les gens qui sont agités et qui vont nous pousser, qui vont nous agripper, ça ça arrive, mais le verbal arrive de plus en plus souvent et presque en tête quoi.

LT : d'accord, est-ce que vous faites une différence entre la violence et l'agressivité ?

AS : alors l'agressivité, c'est surtout verbal les gens qui sont énerver qui vont nous traiter de tous les noms, moi je dis que ça c'est plus de l'agressivité. La violence c'est plus quand on va commencer à cogner, à vouloir vous pousser, à vouloir taper même dans un mur... hein, ça c'est plus de la violence.

LT : d'accord,

Est-ce que vous avez déjà fait face à une situation de violence au cours de votre exercice professionnel ?

AS : y' en a régulièrement...

LT : oui, donc vous en avez fait face souvent ?

AS : oui c'est assez régulier, presque chaque semaine il y a une scène de violence ;

LT : vous avez plus souvent été victime ou témoin de violences ?

AS : plus souvent témoin, moi je n'ai jamais été bousculé par quelqu'un ou frappé.

LT : est-ce que vous auriez une situation précise à me raconter qui vous aurait marqué ?

AS : alors oui c'était il n'y a pas si longtemps que cela, euh ... y a peut-être quelques mois, une personne qui a des troubles psychiatriques et qui en fait a commencé à vouloir un petit peu s'énerver mais tout pendant qu'il y avait les infirmiers psychiatriques qui discutaient ça allait, mais à partir du moment où y a le psychiatre est arrivé et bien le contact ne s'est pas fait normalement, ce qui fait que là elle a commencé à vouloir frapper le psychiatre qui était là et là voilà, c'était quelqu'un qui était très fort, silence, qui avait énormément d'énergie, et que à 2 ou 3 personnes on ne pouvait pas, il a fallu faire appel à plein de monde, et on s'est retrouvé à 13 personnes !

LT : Ah oui d'accord !

AS : ça c'est une situation exceptionnelle et mais une situation qui marque parce que c'est vrai à la limite on des situations de violences ou on est obligés d'attacher les gens, ça arrive quotidiennement j'allais dire ça ne devient pas banal mais ce sont des situations qu'on retrouve régulièrement donc qui sont à la limite moins choquantes, mais ce genre de situation où il y a quelqu'un qui veut frapper et qui a beaucoup d'énergie qui est très fort et que vous êtes obligés d'être à 15 par terre à essayer enfin de la maintenir, c'est énorme, c'est des situations rares...

LT : oui, voilà c'est des situations qui sont rares,

AS : qui sont exceptionnelles...

LT : heu, Comment est-ce que vous agissez face à une situation de violence, qu'est ce qui peut être mis en place ou qu'est-ce que vous mettez en place dans le service des urgences ?

AS : alors au niveau des urgences, déjà il y a une procédure qui est mise en place c'est-à-dire que quelqu'un qui est annoncé comme violent, va dans une chambre sécurisée,

LT : d'accord

AS : Dans cette chambre sécurisée il y a un lit qui est fixé au sol et en systématique y a une procédure qui est mise en place c'est que ces gens-là on est obligé de les dévêtir et de les attacher.

LT : d'accord

AS : ça c'est dans le protocole qui est fait.

LT : d'accord

AS : Donc ça normalement si nous on dit y a un patient agité qu'on met dans la chambre sécurisée, ça fait partie de ce protocole-là.

LT : Ok, ok

AS : Donc on essaie de discuter pour expliquer aux gens parce que on ne va pas les mettre sur le lit et les attacher, les saucissonner enfin les déshabiller c'est aussi une agression de notre part si on fait ça ! Mais le souci c'est que souvent quand les gens sont agités vous avez beau parler, essayer d'expliquer,

LT : oui...

AS : c'est un dialogue de sourd, c'est-à-dire que vous avez beau expliquer la procédure, ce qui va se passer, quand ils sont très énervés ou dans leur délire, la communication, ben la communication ça ne passe pas, donc forcément on est obligés au bout de 5 10 minutes, on ne peut pas parlementer pendant 1 heure, parce que ça ne servirait à rien on est obligé de prendre les gens et de ne pas leur donner le choix.

LT : d'accord,

Je reviens sur ce que vous avez dit : vous avez dit que vous essayez de communiquer ; la communication c'est quelque chose que vous utilisez souvent ?

AS : très souvent

LT : vous utilisez des techniques, des choses comme ça, pour justement... ?

AS : alors généralement c'est de ne pas hausser le ton, parce que là ils sont dans l'agressivité donc ils sont souvent à parler fort, à crier, à pas vouloir nous écouter, donc c'est essayer d'avoir une parole un peu calme, un peu

LT : posée

AS : monocorde, voilà, c'est essayer de ne pas parler plus fort qu'eux, parce voilà au bout d'un moment, évidemment si vous êtes en train d'expliquer et que la personne ne vous écoute pas on va monter un petit peu le ton, mais ça ne sert à rien de crier ou à parler très fort à leur niveau, parce que de toute façon ils n'entendront pas mieux, donc à la limite c'est mieux d'avoir quelqu'un qui parle tranquillement, qui est calme, avec une voix ferme malgré tout ;

LT : oui d'avoir un ton monocorde mais ferme

AS : monocorde, mais avec une certaine fermeté, pour qu'ils entendent qu'il y a des choses qui sont mises en place, que c'est comme ça, on est obligé, c'est dans une procédure.

LT : Pour vous est ce qu'il y a un moment de la journée où la violence elle est prévalent par rapport au reste de votre journée de travail, si vous travaillez de nuit ou de jour ?

AS : non, non les situations quand ça arrive, c'est plutôt même très souvent en fin d'après-midi, fin de journée par que y a des agressivités qui sont dues à l'alcool ou à des délires enfin voilà, le matin c'est rare qu'on en ait, y en a beaucoup le soir et la nuit plus que le matin

LT : d'accord et est ce qu'il y a un jour dans la semaine plus qu'un autre ?

AS : non, y a quelques années oui on pouvait dire qu'il y avait des jours qui étaient les weekends plus chargés avec une certaine violence, que là maintenant, non,

LT : avec votre expérience vous voyez qu'avant y avait vraiment une différence, maintenant vous voyez plus du tout cette différence ?

AS : non la différence y a plus, c'est tout le temps ça peut être tous les jours à n'importe quel moment ; c'est l'évolution je pense, voilà des gens qui ne sont pas bien, mais c'est pas plus les week-end ou les gens sont agressifs comme y a une époque, que maintenant.

LT : et pour vous justement ce serait dû à quoi cette augmentation de la violence comme ça quotidiennement ?

AS : je pense que les gens ne sont pas bien dans leur peau, parce qu'on en voit bien, y en a quand même beaucoup qui ont des troubles psychiatriques, enfin qui sont étiquetés comme ça et je pense que c'est ça qui fait que les gens ne sont pas capables d'analyser les situations, donc ils ne sont pas capables de voir que dans leurs situations personnelles y a des soucis ce qui fait que bé ils sont incapables de gérer enfin la plupart des gens, enfin y a des statistiques qui ne sont pas encore faites mais qu'ils essaient justement de mettre en place c'est de voir un petit peu en fonction des différentes pathologies on voit bien qu'il y a plus que troubles psychiatriques qu'il y a quelques années

LT : oui d'accord

AS : c'est pour ça aussi qu'on a des équipes maintenant d'infirmiers psychiatriques qui sont en place au niveau des urgences et ça c'est un confort pour nous

LT : donc du coup pour vous, vous pensez que la violence émane plus de personnes qui ont des troubles psychiatriques que de personnes qui enfin sont comme vous et moi je dirais sans troubles psycho-pathologiques ?

AS : oui,

LT : d'accord,

Silence

AS : après dans ces pathologies là aussi maintenant y a aussi des fois les patients atteints d'Alzheimer, qui ne se retrouvent plus dans leur structure,

LT : oui donc les démences

AS : voilà avec des démences qui ne sont plus dans ces structures-là, qui n'ont plus aucun repère, qui arrivent à l'hôpital et qui sont complètement perdus et bé qu'on ne peut pas, par exemple laisser déambuler sinon encore ça c'est encore une autre forme d'agressivité , c'est une agressivité qu'on peut presque j'allais dire comprendre, parce que y a une raison qui fait que bé qu'ils sont perdus agressifs avec nous, d'une part ils ne nous connaissent pas, ils sont hermétiques à ce qu'on va leur dire on a beau leur dire « vous êtes à l'hôpital, vous n'êtes pas chez vous, ce n'est pas votre chambre » c'est pas voilà.. Là c'est pire parce que c'est une autre agression que les personnes qui ont des troubles psychiatriques ou des troubles dû à l'alcool, c'est encore une autre prise en charge

LT : une autre catégorie

AS : oui mais qui arrive régulièrement quand même et plus régulièrement qu'avant

LT : plus régulièrement qu'avant. D'accord

LT : heu est-ce que selon vous, enfin selon vous quels impacts y a sur le soignant qui est victime d'un fait de violence ?

AS : alors après il faut arriver à en parler, si la personne qui s'est fait agressé, parce que c'est arrivé, arrive à en parler heu j'allais dire au sein de l'équipe avec laquelle elle travaille, pas forcément avec les infirmiers psy, c'est le fait d'en parler d'en débriefer entre nous, on est un petit centre, un petit hôpital donc j'allais dire c'est gérable, parce qu'on revient régulièrement sur le sujet, même entre nous, on essaie de dédramatiser d'en discuter un petit peu, donc voilà et puis le lendemain le quotidien va reprendre, je veux dire on n'est pas dans des grands centres ou y a gros des excès de violence non plus ; je pense que ici au niveau de l'hôpital on arrive à gérer quand même enfin je vois mes collègues elles arrivent à gérer sans trop de difficultés, y en a pourtant qui se sont fait bousculer voilà, après je pense qu'on arrive à faire la part des choses, entre la violence qui est volontaire et celle qui est involontaire.

LT : D'accord, donc pour vous il n'y aurait pas vraiment d'impact sur le soignant si on en parle ?

AS : si on en parle

LT : et si on n'en parle pas ?

AS : alors si on n'en parle pas, je pense que la personne peut la fois suivante ou y aura quelqu'un d'agressif, effectivement, va se sentir en difficultés et ça va se ressentir sur la prise en charge après du patient, parce qu'il ne faut pas oublier non plus que 9 fois sur 10 ce sont des patients qui nous agressent, c'est pas forcément les accompagnants, voilà 9 fois sur 10 ce sont que des patients, donc il faut garder quand même à l'esprit que ça reste des malades

LT : d'accord

AS : mais pour les collègues qui ont subi un petit peu de violence, bon ça a jamais été énorme non plus, pas de quoi causé d'arrêt de travail ou quoi que ce soit, qui ont repris très vite, voilà, ça a été tout de suite d'en discuter avec nous, de voilà et puis après on se rend compte qu'au fil du temps d'en parler un petit peu, ben on banalise un peu

LT : vous banalisez la violence ?

AS : oui

LT : d'accord, et est-ce que vous, vous avez remarqué, même s'ils en parlent, est-ce que vous avez remarqué, un changement de comportement par exemple ?

AS : non

LT : sur le moment ou y a l'acte de violence qui est fait, est-ce que après... comment est-ce que vous le percevez, vous le soignant ?

AS : je ne peux pas dire qu'après, la personne à qui ça arrive, elle ait changé d'attitude, ça ne veut pas dire que la fois suivante, ou après quand elle va...

LT : pas forcément sur la fois suivante, mais pour le même patient ?

AS : non ça ne changera rien,

LT : ça ne changera rien,

AS : ça ne changera rien à la prise en charge, parce que après soit nous on s'arrange entre nous pour dire, toi tu ne retournes pas auprès de ce patient, soit la meilleure des attitudes quand les gens sont violents, c'est qu'une fois qu'ils sont, qu'ils ont été contenus, enfin voilà, c'est de les laisser tranquille dans une pièce dans le noir ; et voilà et après la personne n'a pas forcément, on s'arrange pour pas qu'elle y retourne aussitôt, donc on ne peut pas dire enfin dans les situations je pense qui aurait pas le choix, il faudrait que la même personne y retourne, elle irait, mais comme on est pas confronté tous les jours à des situations quand même tragiques, là ici on arrive tous à faire face, j'ai jamais entendu un ou une collègue dire moi je retournerais plus m'occuper de personne, même si elle a besoin après d'aller faire un soin particulier, d'emblée déjà nous on va dire tu n'y vas pas, on y va

LT : pourquoi justement vous lui dites ça ?

AS : ben parce que heu on a envie de protéger

LT : le soignant

AS : le soignant, pas le patient, puisque le patient voilà ; mais si c'est arrivé une fois ou la personne s'est fait agressée, elle a eu besoin d'y retourner après ; on était tous occupé, elle y est retournée parce que je pense qu'on arrive à faire la part des choses entre la personne malade et l'agression volontaire.

LT : ok ; si vous avez été victime d'un fait de violence est-ce que vous pourriez me dire les émotions que vous avez ressenties sur le moment, sur l'instant ?

AS : silence ; les émotions c'est pas sur l'instant qu'on en a, parce qu'en fait on réagit, on va voir qu'y a une main qui va se lever ou qui a va pousser la collègue c'est pas une émotion, c'est d'aller attraper le patient, le bras pour pas, pour pas... après dire qu'on a des émotions, j'suis pas sûre...

LT : des réactions

AS : c'est plus une réaction de défense, c'est d'appeler, déjà on appelle, d'appeler à l'aide parce qu'ici on a la chance de ne pas être tout seul, donc on appelle à l'aide, et bé le réflexe quand vous voyez que y a quelqu'un qui est beaucoup plus grand et puis qui commence à vouloir vous pousser un peu ou à avancer c'est essayer de se mettre un petit peu en avant et si on voit qu'il y a la main qui va pour frapper la collègue, c'est d'attraper, ça c'est le réflexe, après ben voilà y a des situations qui font que ben on est obligé d'appeler beaucoup de monde, ou alors c'est de se ranger quand on voit que c'est quelqu'un qui est costaud et qui s'énerve et qui voilà qui n'écoute rien et qui de toute façon va vous passer dessus, c'est de se ranger ; après on peut pas dire qu'y a de la peur y a pas le temps d'avoir peur c'est plus après quand on s'dit il aurait pu faire si ou il aurait pu faire ça de se dire oui effectivement on l'a échappé belle, mais d'instinct, d'emblée, non c'est pas la peur qui prime.

LT : c'est après en fait,

AS : rétrospectivement, oui de se refaire la scène, de se dire il aurait pu lui donner un coup, il aurait pu... dans le feu de l'action, non c'est instinctif.

LT : c'est instinctif, en fait, OK

LT : du coup après avoir fait les impacts sur le soignant, pour vous est ce qu'il y a des impacts sur le patient qui est, lui, auteur d'un fait de violence ?

AS : non j'suis pas sûre, silence, j'suis pas sûre qu'ils se rendent compte parce qu'ils ont l'impression, déjà ils ont l'impression qu'on leur veut du mal, souvent c'est ça, si ils sont agressifs c'est que voilà ils obtiennent pas ce qu'ils..., ne comprennent pas pourquoi on ne veut pas, mais après quand ils sont apaisés et que vous leur dites, « ben vous étiez.. » , non c'est comme s'ils occultaient, ils reviennent jamais sur le fait de dire ben je vous ai frappé, je vous ai bousculé, je vous ai, si après vous, vous leur dites, « ben vous n'avez pas été gentils, vous nous avez craché dessus, vous nous avez.. » c'est rare qu'on ai : « ah bé excusez-moi », ça non, parce que je pense qu'ils sont tellement dans leur conditionnement, dans leur délire que ils se rendent pas compte, ils se rendent pas compte qu'ils auraient pu blesser quelqu'un non..

LT : ils occultent totalement ce moment de leur vie

AS : de leur vie voilà,

LT : d'accord,

Et est-ce que vous donnez un sens à la violence ?

AS : non

LT : pour vous non ?

AS : non

LT : non, d'accord ok,

Et est-ce que, toujours selon vous, la violence ça peut être perçu comme le symptôme d'une pathologie ?

AS : oui, enfin c'est en lien avec une pathologie,

LT : est-ce que ça peut être le symptôme, précisément ?

AS : non, le symptôme je crois pas, c'est en lien avec la pathologie mais ce n'est pas le symptôme, je crois pas

LT : d'accord, quand vous dites en lien avec la pathologie c'est quoi ?

AS : ben parce que c'est souvent en lien avec des troubles psychiques, on en revient toujours là parce que souvent la violence c'est chez ces gens-là, chez les malades d'Alzheimer, c'est une suite de leur maladie, c'est dans leur maladie, mais on ne peut pas dire que c'est avant un prémice de dire ben ils sont violents, peut-être qu'ils sont malades, donc je pense qu'il vaut mieux le mettre après, enfin...

LT : ok

Pour vous y a quoi comme conséquences d'un fait de violence sur la relation soignant soigné, après une situation de violence ?

AS : ben le risque c'est que le soignant déjà ai peur de retourner s'occuper de patients qui soient violents, donc on a au moins la chance au niveau aux urgences c'est d'avoir plein de pathologies variées, donc vous n'êtes pas confronté tout le temps à ça ; mais le risque c'est que quand y aura quelqu'un de violent qu'il va falloir maîtriser c'est de se dire je peux pas, mais ça, ça peut s'entendre parce que ça arrive des fois sur une prise en charge, quelqu'un que vous ne voulez pas, vous dites « ben non là j'y vais pas , tu y vas », mais je pense qu'à la longue on serait confronté régulièrement avec ça oui je pense que ça peut avoir un gros impact sur sa vie personnelle

LT : et est-ce que vous pensez, toujours en lien avec la relation soignant soigné, que la relation de confiance peut elle aussi être impactée ? Entre soignant et patient ?

AS : non je suis pas sûre parce que malgré tout on est dans des services ou on sait qu'on va toujours s'occuper de soigner, soigner, apporter des soins, donc je pense que la relation elle est encore intacte après je pense que oui si vraiment vous arrivez à ne pas pouvoir faire la différence de dire je peux pas m'occuper de ces gens-là, je pense que oui il faut prendre une autre orientation, mais enfin on en revient toujours là, comme on n'est pas tous les jours confronté à la violence on occulte, on passe à autre chose, on revient on s'en occupe voilà, je pense que ça, on arrive encore à faire la part des choses.

LT : d'accord, vous vous sentez à l'aise, enfin s'il y a une situation de violence aux urgences, dont vous êtes victime ou témoin, vous vous sentez à l'aise après pour la suite de la prise en charge ?

AS : oui

LT : vous n'aurez pas de difficulté à retourner dans la pièce ?

AS : non, ça ne m'a jamais posé de difficulté

LT : d'accord, vous ne vous êtes même jamais posé la question ?

AS : non y a besoin, il faut y aller, et voilà

LT : vous y allez,

AS : oui

LT : heu, quand vous avez été victime de violence, notamment par la situation avec les 13 personnes est ce que vous avez quand même pris du recul ?

AS : silence c'est à dire ?

LT : face à cette situation, est-ce que vous en avez rediscuté avec l'équipe ?

AS : on en discute tout le temps après,

LT : tout le temps pour chaque fait

AS : tout le temps pour chaque fait, on en discute

LT : et c'est en équipe pluridisciplinaire ou c'est vraiment entre vous avec les personnes ?

AS : non souvent c'est avec les propres collègues AS ou infirmiers ou le binôme avec qui, voilà on en débriefe un petit peu, on en discute, qu'est-ce que toi tu aurais fait, qu'est-ce qu'on aurait pu faire, mais ça ne reste pas ; avec les médecins c'est rare,

LT : oui d'accord,

AS : c'est vraiment exceptionnel mais plus entre nous entre collègues, dire comment t'as fait si, ça, ça arrive régulièrement, même si ça paraît anodin parce que j'allais dire c'est presque dans la conversation banale on n'est pas en train de se dire, ben tient tu veux en parler, c'est plus dire ça y est, il est calme, c'est bon, qu'est-ce que vous avez fait, ça reste au niveau d'une équipe

LT : ok ; heu selon vous qu'est ce qui pourrait aider le soignant dans sa globalité à faire face à des situations de violence ?

AS : silence, peut-être une formation, je pense que les formations ça peut toujours être utile parce je pense qu'il y a des moyens qu'on n'a pas, peut-être des petites astuces, pour la prise en charge de ces patients-là, y a peut-être, peut-être qu'on fait mal nous aussi, peut-être que le fait de dire « vous allez rentrer à tel endroit , ou vous n'êtes pas en état, voilà il faut vous calmer », peut-être qu'il y aurait des petites astuces pour une prise en charge, pour entamer un dialogue ; après il faut aussi dire que nous on n'est pas, on n'a pas ce côté psychiatrie, qui eux ont une autre approche, plus posée plus calme plus dans l'écoute que nous ça reste un service d'urgences et j'allais dire faut aller vite ;

LT : oui...

AS : malheureusement, c'est ça, il faut aller vite on n'a pas le temps d'être une ½ heure à essayer de discuter avec la personne, parce que d'abord y a plein de monde à côté et que les actes de violence, les paroles de violence, fait que ça fait peur aussi à tous les autres patients qui sont à côté, donc on peut pas passer une ½ heure à discuter, donc peut-être qu'il y aurait des pistes

LT : grâce aux formations

AS : grâce à des formations pour entamer un dialogue et peut-être pas arriver à cette...

LT : à finalité là

AT : voilà à cette ultime pièce ou attacher les gens quoi !

LT : heu vous y avez déjà répondu,

AS : rires,

LT : non mais c'est vrai hein

AS : rires, c'est vrai ?

LT : c'est vrai j'avais comme question : que peut-on mettre en place pour réduire les situations de violence ? Mais du coup vous avez parlé des formations

En techniques ?

AS : y a pas de technique particulière

LT : en moyens ?

AS : silence, soupir, en moyens ? Silence, en moyens ? Alors la ça me les moyens humains, j'allais dire on les a déjà, on est jamais assez, mais on a déjà la chance d'avoir les infirmiers psychiatriques qui sont déjà quand même là et qu'on appelle dès que y a une situation, on les appelle donc y en a qui viennent, donc déjà ça, ça fait partie des moyens et c'est aussi un confort de les avoir avec nous actuellement qu'on avait pas avant, parce qu'avant, voilà y a des gens qui ont seulement besoin de de parler, et puis qui vont se poser mais il faut du temps et ça nous on l'a pas, ça ce moyen la d'avoir du temps, on l'a pas, on peut pas l'avoir parce que la charge de travail elle est trop importante, et qu'il y a toujours du monde à côté, vous ne pouvez pas être à discuter pendant du temps, voilà, après c'est peut-être pas notre rôle non plus ; donc peut-être qu'il y a d'autres petits moyens, justement on en revient à avoir une formation avec des petites astuces peut-être que ça marcherait ; après ça, je pense que y a des pathologies avec qui ça va marcher, des gens avec qui ça va marcher et d'autres avec qui ça va pas marcher, avec qu'on pourrait passer 2 heures et que le problème sera le même

LT : et en outils ?

AS : hein ?

LT : en outils ?

AS : alors des locaux un peu mieux, sourire,

LT : sourire,

AS : rires, non mais c'est vrai qu'on a une chambre sécurisée qui j'allais dire qui est adaptée et qui a été pensée, mais une seule...

LT : c'est pas suffisant,

AS : c'est plus suffisant

LT : donc c'est-à-dire si vous en avez qu'une seule, c'est-à-dire que si vous recevez 2 patients violents

AS : voilà ce qui arrive de temps en temps

LT : le 2^{ème} ?

AS : soit l'autre il s'est calmé et puis voilà on le laisse se reposer

LT : vous faites un échange de box

AS : voilà quand c'est à quelques heures d'intervalles, soit on va l'attacher sur un chariot, le suivant, parce qu'on n'a pas le choix,

LT : donc vous avez des contentions à disposition ?

AS : on a des contentions, on a toujours des contentions à disposition

LT : et les contentions c'est un outil que vous utilisez souvent ?

AS : régulièrement,

LT : oui de plus en plus ?

AS : oui

LT : c'est toujours protocolisé chez vous ?

AS : oui

LT : d'accord

AS : y a une prise en charge qui est en train de se mettre, des groupes de travail justement pour finaliser cette prise en charge de patients violents, comment on fait, comment on établit les choses, qui s'en occupe, quelles procédures on fait ?

LT : systématiquement du coup enfin quand vous recevez un patient violent aux urgences, il sera mis en chambre d'isolement, contentioné,

AS : oui déshabillé, contentioné

LT : déshabillé, contentioné et avec des thérapeutiques médicamenteuses

AS : voilà c'est ça, mais tout ça le médecin est avec nous

LT : d'accord, donc en plus du protocole le médecin est obligatoirement avec vous dans le box ?

AS : voilà et c'est lui qui est obligé de nous prescrire aussi les contentions et tout ça mais généralement y a toujours le médecin qui est avec nous au départ pour attacher

LT : ok

Est-ce que vous avez des éléments, des notions que vous souhaiteriez rajouter à cet entretien, particulières qu'on n'aurait pas évoquées et qui vous semblerait important d'évoquer pour vous sur la violence ?

AS : non parce que je pense qu'on a abordé un petit peu les différents types de violence qu'il peut y avoir, donc je pense que vous avez bien aussi ciblés les questions que vous vouliez, parce que ça découle simplement, après j'espère que pour vous ça va marcher

LT : c'est très bien, oui, -sourire-

AS : après quand vous aurez l'avis de l'infirmière bon voilà, ça va être aussi un petit peu différent de voir eux leurs sentiments,

LT : après moi je fais vraiment sur les soignants en général : donc je fais médecin, infirmier, aide-soignante

Je fais vraiment le soignant dans sa globalité

AS : l'équipe soignante quoi, c'est bien

LT : oui c'est ça que tout le monde y est confronté donc je trouvais ça important de pas cibler que sur l'infirmier,

AS : oui c'est bien,

LT : donc voilà, faut pas oublier que y a aussi les aides-soignants, y a aussi les médecins, y a aussi les secrétaires médicales,

AS : voilà tout à fait

LT : bon si vous n'avez rien à ajouter, c'est parfait

AS : je n'ai rien à ajouter de plus

LT : je vous remercie en tout cas pour le temps que vous m'avez accordé

AS : mais de rien, j'espère que pour vous ça sera bénéfique

LT : ce sera toujours intéressant, je vous remercie

AS : mais de rien

ANNEXE VII : VERBATIM DE L'ENTRETIEN EXPLORATOIRE N°2

LT : est-ce que tu peux te présenter ?

IDE : oui, d'accord, donc je m'appelle Camille, je suis infirmière depuis juillet 2013, du coup, voilà tu veux faire mon parcours depuis que je suis infirmière ?

LT : oui

IDE : depuis que je suis infirmière, du coup j'ai travaillé 1 an dans le service de soins de suite, c'était pas ici, c'était dans la Sarthe, bref, après du coup je suis allée dans une clinique où j'ai fait des services différents : donc service de chirurgie, service urgences notamment, médecine tout ça, pendant 5 mois, puis après du coup je suis arrivée au CHD, donc ça fait une depuis le 8 avril 2015, et du coup j'ai été en médecine post urgence pendant 1 an ½, puis après je suis venue aux urgences donc j'ai fait quelques petits remplacements à droite à gauche, mais là du coup ça fait plus d'1 an ½ que je suis sur les urgences

LT : urgences de jour ou urgences de nuit ?

IDE : alors de jour principalement, j'ai fait des nuits, mais enfin voilà c'est une courte période, peut-être je dirais au total peut être 2 ou 3 mois pas plus, oui voilà

LT : ok, heu, est-ce que tu as été formée pour prendre un patient violent en charge ?

IDE : alors formée, c'est à dire ? j'ai eu des cours durant ma formation, après j'ai pas eu, de non,

LT : de formation spécifique sur la violence,

IDE : non, non c'est vrai que ça m'intéresserait mais je l'ai pas demandé étant donnée, que bon je suis contractuelle, c'est vrai des formations on en a, y a pas de souci, je privilégiais les formations par exemple aux urgences, pour les soins par exemple, mais ça me plairait vraiment de le faire, oui

LT : est-ce que tu peux me dire quelles sont tes missions au quotidien aux urgences ?

IDE : mes missions ? alors, silence...mes missions c'est vague ... mais, silence... c'est prendre en soin le patient du coup, enfin dès son accueil aux urgences, c'est le guider en fait, c'est l'aider, enfin voilà prendre soin de lui, je ne dirais pas le soigner, le soigner aussi mais prendre soin de lui surtout, ça je pense que c'est important, et voilà c'est répondre à « ses besoins », alors ses besoins à degrés d'urgence variables. Silence.

Je ne sais pas trop comment te dire, oui, j'essaie de résumer, mais en gros c'est ça c'est répondre surtout à ses besoins : un patient qui arrive voilà avec un problème de santé on va essayer de répondre à ce besoin là et dans les meilleures conditions possibles, de la manière la plus humaine possible voilà, bien que c'est pas toujours évident, mais on essaie en tout cas, et puis d'essayer de faire ressortir des valeurs qui sont importantes pour moi, et du coup oui je te dirais ça en résumé en tout cas, je ne sais pas si je m'exprime bien....

LT : tu parles de valeurs, ce serait quoi pour toi tes valeurs soignantes ? qui te sont propres ?

IDE : alors, enfin mes valeurs à moi, j'aime pas trop, je déteste me vanter ou quoi que ce soit, mais des valeurs importantes pour moi, c'est déjà le respect, l'humanité, l'écoute, voilà, comment te dire, déjà c'est les principales pour moi je pense, silence.... Silence... L'humanité, c'est sûr enfin je ne sais pas si c'est des valeurs, je pense que c'est important, y a l'humilité aussi, l'humilité c'est une valeur aussi, la rigueur et puis la conscience professionnelle, mais je ne sais pas vraiment si ça rentre dans une valeur ça du coup oui, silence..., la rigueur, l'organisation c'est des maitres mots qui sont importants pour moi je te dirais celles-là en principale

LT : ok ; pour toi la violence qu'est-ce que c'est ?

IDE : alors la violence, c'est, silence... comment expliquer ça, en fait c'est difficile du coup, c'est quelque chose qu'on connaît mais on n'a jamais vraiment expliqué, pour moi ça peut être de l'agressivité, ça peut-être le fait de recevoir une agression en fait verbale et physique de quelqu'un ; voilà

LT : ok, est-ce que tu fais une différence entre l'agressivité et la violence ?

IDE : silence..., oui je dirais que l'agressivité c'est une violence verbale en fait, donc oui, pour moi la violence c'est plus fort que l'agressivité en fait, la violence ça résume la violence physique et verbale, l'agressivité du coup je la mets dans la violence verbale quoi,

LT : d'accord, donc tu intègres l'agressivité dans la violence ?

IDE : oui

LT : d'accord, est-ce que t'as déjà fait face à une situation violence au cours de ton exercice professionnel ?

IDE : oui, oui, quelques-unes

LT : est-ce que t'as été victime ou témoin ?

IDE : silence... alors j'ai pas été victime, parce que j'ai pas reçu de coup, mais j'ai été témoin de situations de violence oui, enfin, oui oui un patient agressif, si, si, si, je réfléchis parce que c'est vrai que du coup...

LT : est-ce que tu pourrais m'en raconter une, si tu en as une ?

IDE : oui, on en voit souvent ici en fait quand les patients arrivent dans une situation de détresse soit psychique soit morale, du coup ils sont demandeurs de soins, mais bon comme les patients psychotiques par exemple, ils sont un peu dans le déni en fait, en quelque sorte, c'est leur maladie qui veut ça, et du coup ils sont parfois, comment dire, violents envers eux-mêmes, violents envers les autres, et du coup ont les mets en soins sécurisés, donc parfois y a besoin de les contenir, donc, oui j'ai eu quelques situations comme ça, de patients violents....

LT : une qui t'as marqué par exemple.

IDE : silence, peut être un monsieur, un monsieur assez jeune, donc avec une maladie psychotique, je ne sais plus, il me semble qu'il était schizophrène et du coup en fait, donc il avait été pris en charge depuis un certain temps sur les urgences, moi je l'avais pris un matin et en fait le contexte a voulu que j'ai été avec une aide-soignante en fait qui était remplaçante, qui était pas forcément habituée en fait aux prises en charge de personnes en soins sécurisés et coup, donc voilà le patient m'avait été transmis comme quelqu'un assez calme, décontentionné, donc voilà, mais par contre c'est quelqu'un qui pouvait être agressif, qui pouvait être très, oui très, très, très violent, même physiquement, et .. J'arrive pas à me souvenir, mais il me semble, silence... non je ne sais plus... je ne sais plus... y avait eu un autre cas c'était un patient qui avait donné un coup à un soignant avant son arrivé aux urg, mais non je ne suis pas sûre, je ne pense pas que ce soit lui, en tous les cas, lui je m'en suis occupée, donc il était assez calme en fait, voilà, il était demandeur d'aller fumer, et puis en fait j'ai senti que, je lui parlais tout ça, j'essayais de lui expliquer pourquoi en fait il n'avait pas le droit d'aller fumer pour l'instant, qu'il fallait qu'il soit revu par le Médecin, réévaluer et du coup en fait donc bon, j'arrivais à le temporiser un petit peu, le courant passait plutôt bien, j'essayais d'instaurer une relation de confiance et du coup, donc il a été un peu agressif en fait, et je dirais que cette situation m'a marqué parce que je me suis aperçue que du coup ma collègue en fait avait mis un couteau sur son plateau, et du coup je m'en suis rendue compte, donc le patient au moment de fermer la porte, en fait parce que c'est le deal en fait, ils sont décontentionnés mais il faut que l'on ferme la porte du coup il a essayé de me retenir, il voulait pas que je ferme la porte, et donc en face de lui du coup il avait un plateau avec un couteau dedans, donc là du coup j'ai eu peur, j'ai ressenti que j'avais eu peur vraiment c'est peut-être pour ça que ça m'a marqué, après du coup j'ai essayé de détourner un peu la situation, d'essayer de l'amener sur autre chose, il commençait à monter un petit peu parce que du coup voilà il avait pas le droit d'aller fumer, il était pas forcément content, il voulait du coup un café, donc je lui ai proposé un café mais par contre en échange je fermais la porte, du coup il a accepté, donc j'ai retiré le plateau, l'adaptable et le couteau et du coup voilà j'ai pu

fermer la porte, je lui ai apporté son café après donc il a été plutôt calme, mais voilà c'est la situation qui m'a marqué ; après il y en a eu d'autres mais...

LT : celle-là plus particulièrement ?

IDE : oui, oui peut-être parce que je pense j'ai eu un peu peur en fait, je me suis dit, bon voilà il était assez impressionnant, ça se voyait que c'était quelqu'un qui pouvait monter très très très vite, et du coup il était quand même bien plus grand que moi et je savais qu'il avait été très violent physiquement avec des personnes, j'ai eu un peu peur, mais après tout de suite du coup ça s'est bien passé.

LT : du coup comment vous faites aux urgences pour gérer un patient violent, qu'est-ce que vous mettez en place, comment vous agissez ?

IDE : alors en général du coup c'est un patient qu'arrive à l'orientation, donc alors y a souvent des annonces en fait, c'est des patients qui sont pris en charge et qui sont régulés par le Samu déjà, du coup on peut être un peu informé en fait du moment où ils vont arriver, donc en fait en général ils se présentent à l'orientation, y a une première évaluation qui est faite, donc très vite en fait le médecin d'accueil et d'orientation est informé, du coup donne son avis en fait pour savoir si c'est quelqu'un qu'on peut prendre en charge dans le secteur médico chirurgical standard ou il faut l'isoler, et du coup au besoin en fait, donc on l'isole, alors quand y a un état d'agitation, ou y a pas forcément d'état d'agitation, mais y aurait un risque de violences envers lui-même et envers d'autres personnes, dans ce cas-là en fait on le met en soins sécurisés, donc à ce moment-là l'infirmière d'accueil et d'orientation contacte l'infirmière du secteur CMC du coup donc en général voilà on essaie d'être prête, donc on ferme un peu les portes, on isole un peu des autres personnes qui pourraient être en contact avec ça parce que ça peut toujours impressionner je pense ; en général on se rassemble, on essaie de rassembler plusieurs personnes pour le prendre en soins, donc on l'installe et quand ça se passe bien, après voilà les personnes s'en vont, et on reste de toutes façons toujours deux minimum avec lui, on l'installe, donc y a des règles en fait qui veulent qu'on déshabille la personne, on le mette en tenue pour pas qu'il y ait de risque, qu'il ait, je ne sais pas, un couteau dans sa poche, qu'il ait quoi que ce soit avec lui, des éléments personnels, du coup on le déshabille, alors la plupart du temps en fait quand y a besoin d'une contention, on le contentionne, par contre qui dit contention physique dit contention chimique, donc du coup soit il accepte au préalable de prendre un neuroleptique ou autre par la bouche, soit en fait il accepte pas et dans la plupart du temps c'est dans un moment d'agitation, du coup on réalise une injection, alors une injection et aussi, oui je considère ça comme une injection,

mais maintenant on a des nouveaux kits, dite nouvelle intra nasale, du coup on a cette solution-là qui est un petit peu moins invasive parce ce que c'est pas une piqure vraiment, on a cette situation-là ; puis du coup, après voilà on fait son inventaire, on prend les constantes en fait quand même , faudrait être sûr en fait que ce soit pas un problème admettons neuro, en fait quand c'est quelqu'un qui vient pour une agitation, un état délirant, du coup ça peut être, parfois en fait, je dis n'importe quoi peut être, mais ça peut-être en fait un problème neuro comme une tumeur, comme un œdème.. on veut s'assurer que y ait pas de problème au niveau somatique d'abord, donc voilà ça dépend des cas, mais y a des cas en fait ou y a des patients qu'arrivent qu'on aucun antécédent, et dans ce cas-là ce sera une recherche un peu plus poussée au niveau somatique, donc souvent ça peut être un scan cérébral par exemple, sinon après quand y a des gros antécédents, quand le patient est déjà connu, en général y a moins de recherches au niveau somatique mais par contre il est pris en charge après par les psy ; Du coup, donc j'en étais où ? donc voilà le patient est installé, on prend ses constantes, on lui explique un petit peu ce qui va se passer, pourquoi on le met là, moi en général je dis que c'est parce qu'il a y gros un risque qu'il soit violent envers eux-mêmes et envers nous, il faut qu'on le protège et qu'on se protège aussi, mais on prime quand même c'est son bien être avant tout, et voilà du coup en général après, alors quand y a une alcoolisation, quand y a une prise de médicament ça retarde un peu les choses, mais quand y pas de prise d'alcool ni de médicament, du coup il est rapidement vu par l'infirmier psy qui l'oriente très souvent vers le psychiatre, voilà le psychiatre passe rapidement quelque temps après, il peut lui arriver de donner son avis par téléphone, après il l'oriente soit y a besoin de le garder en observation quelque temps, et dans ce cas-là on le garde en soins sécurisés si y a un risque d'agitation ou s'il est un peu plus calme, il monte souvent à l'UHD, ça dépend des fois, ou sinon il est ré-orienté vers l'hôpital psy.

LT : ok. Quels sont les outils, moyens ou techniques que vous utilisez pour prendre en charge un patient violent ?

IDE : je pense que j'ai déjà répondu un petit peu,

LT : qu'est-ce que vous avez à disposition ? Y a les contentions, les médicaments, ce que t'as dit, est-ce qu'il y a autres choses ? Comme technique que toi tu peux utiliser aussi ?

IDE : Après, je pense que l'on utilise tous, ce n'est pas facile mais d'instaurer une relation de confiance : voilà c'est lui parler, se présenter déjà, lui dire que voilà, mon prénom, enfin non, pas mon prénom je pense pas, je sais pas, je crois pas que je dis mon prénom en fait, je dis que je suis l'infirmière qui va s'occuper de vous, voilà comment ça va se passer, qu'est ce qui va se passer, pourquoi on fait ça, silence...

et puis c'est écouter aussi de qu'il dit, c'est pas seulement parler de nous, c'est l'écouter, écouter ce qu'il ressent, essayer de l'apaiser comme on peut, alors ça semble rien en fait mais c'est aussi lui proposer de boire quelque chose, un petit un verre d'eau, voilà ça c'est le principal, Après comme moyen physique : comme j'ai dit y a la contention, y a la contention chimique, après on a notre salle de soins sécurisés, du coup on en a déjà parlé, voilà c'est à peu près tout en fait

LT : ok, Est-ce qu'il y a un moment dans la journée, pour toi où la violence elle est prévalente par rapport au reste de la journée enfin de minuit à midi, de midi à minuit plutôt ?

IDE : d'accord, oui ok, silence... alors J'ai fait moins de nuits moi du coup, mais, silence... je dirais peut-être le soir en fait... oui le soir, silence... Je ne sais pas, est-ce que c'est ce que c'est le côté nocturne qui peut faire peur à certaines personnes les rendre un peu plus fragiles en fait, notamment les gens qui sont seuls, voilà après y a le contexte des soirées ou y a parfois de l'alcool,

LT : y aurais un jour plus spécifique dans la semaine ?

IDE : alors on en a quand même régulièrement, même en semaine, mais je dirais quand même un peu plus le week-end, quand même oui

LT : ok selon toi, quels impacts y a sur le soignant qui est victime d'un fait de violence ?

IDE : silence Quel est l'impact ?

LT : ou les impacts qui peuvent y avoir sur le soignant ?

IDE : silence... Comment décrire en fait ?? je ne sais, silence... C'est tout simplement une agression ; on se sent concerné en fait en temps de personne, vraiment, en tant que professionnelle, donc forcément c'est touchant en fait, et puis je pense que moi, moi entre autres, je pense que du coup, peut être que c'est le manque d'expérience, je ne sais pas, c'est peut-être le fait peut-être d'avoir moins l'habitude en fait, et le fait de me remettre en question assez régulièrement, je vais peut-être me dire : mince, qu'est-ce que j'ai raté en fait ? S'il s'énerve c'est que je ne m'y prends peut-être pas vraiment bien, donc ce sera plus une remise en question

Après voilà, quand on est agressé... alors ça dépend, là du coup c'est des questions par rapport aux patients qui arrivent, mais comment dire ? aux patients comment dire incohérents, confus ?

LT : patients violents

IDE : violents, ça peut être quelqu'un qui en a marre d'attendre aux urgences ?

LT : oui...

IDE : je n'y pensais pas à ça mais oui, silence.... Oui c'est ça fait, ç'est une remise en question je dirais, du coup on culpabilise en fait après parce qu'on se dit, ben mince on ne fait pas forcément bien notre travail enfin comme on le voudrait, on ne dispose pas de moyen suffisant, de temps en fait surtout pour prendre le temps avec les gens pour leur expliquer comment ça va se passer exactement,

Et du coup, oui c'est ça, ça peut faire mal en fait des fois surtout les jours où on est un peu plus fatigué, ça devient vraiment lourd en fait au niveau de la pression, au niveau de la charge de travail je dirais que c'est une remise en question et puis voilà on essaie de faire mieux les prochaines fois, on essaie de prendre du temps même si on en a de moins en moins, c'est pas toujours évident.

LT : tout à l'heure tu m'as parlé que t'avais ressenti de la peur dans la situation que t'avais vécu, est-ce qu'il y a d'autres émotions que t'as ressenties, à ce moment-là ou uniquement la peur ?

IDE : silence...

LT : émotions, sensations ?

IDE : silence...non je dirais uniquement la peur en fait, silence... oui, alors après ça n'a pas duré longtemps vraiment, justement j'essayais de détourner un petit peu, je pense que du coup on ressent beaucoup de choses en fait même sans dire, enfin on laisse transparaître des émotions parfois, du coup je me forçais à ne pas y penser justement pour me détourner un peu de tout ça et puis essayer de rester neutre en fait ; donc oui j'ai ressenti un peu de peur, ça n'a pas duré longtemps, mais voilà

LT : est-ce que t'as identifié des mécanismes de défense ?

IDE : long silence....

LT : ou pas...

IDE : silence... alors après oui, je pense que ça fait toujours écho à des situations d'agressions, d'agressivité qu'on a pu vivre, même en dehors du travail, je pense, silence.... Je parle des mécanismes de défense du transfert, dans ce cas-là, non je n'en ai pas ressenti vraiment, je pense qu'inconsciemment si toujours parce qu'on a toujours des situations qui ont été marquantes et tout ça, mais non, pas d'autres mécanismes sinon, non, non .

LT : ok, est-ce qu'il y a des impacts sur le patient qui est auteur d'un fait de violence ?

IDE : silence... alors oui, après à des degrés différents du coup par rapport à la personne, par rapport à sa pathologie, à savoir que le patient psychotique en fait il est un peu dissocié de la réalité donc en fait il ne va pas mesurer en fait l'importance de ses actes et de ses mots,

donc il peut en fait en avoir un peu conscience mais bon il est très dissocié, donc ça dépend à quelle phase il arrive de la maladie, en fait s'il est en rupture thérapeutique, là du coup il se rend peut-être un peu moins compte, après y en a qui se rendent compte, oui, après je pense qu'il ressent une certaine culpabilité, oui ; là c'est du patient agité dont on parle ?

LT : oui, patient agité, violent, agressif...

IDE : alors après, pour les patients non agités mais juste violents, je pense que oui, y en a certains qui se rendent compte en fait, qui sont tout simplement fatigués et inquiets de leur situation surtout et qui ont l'impression de ne pas être considérés, pas être écoutés et pas pris en soin, du coup je pense ils s'énervent sur le coup, comment dire, ils nous balancent leurs émotions, peut-être de manière maladroitement parfois et du coup je pense que sur le coup ça peut faire très mal mais ça ne les empêche pas quelque temps après de s'excuser, de venir nous dire qu'ils sont désolés, il nous expliquent pourquoi ils nous ont dit ça, pourquoi ils ont été agressifs : donc oui la remise en question pour eux et la culpabilité, oui mais pas tout le temps, mais pas tout le temps, pas tout le temps.

LT : est-ce que tu donnes un sens à la violence ?

IDE : long silence.... Un sens à la violence, alors c'est à dire ?

LT : est-ce que la violence, ça peut être le signe d'une pathologie par exemple ?

IDE : oui, par contre ça oui tout à fait, dans les démences, oui, oui elle est souvent observée

LT : et pour une personne qu'est pas démente par exemple, qu'à pas de pathologie psychiatrique, une personne lambda, est-ce que la violence se serait le signe d'une pathologie ?

IDE : alors d'une pathologie je sais pas, du coup si c'est quelqu'un qui n'a pas d'antécédent, qu'a pas de problème somatique, du coup non, mais ...

LT : ou un symptôme ?

IDE : oui ça peut être le signe que c'est quelqu'un qui peut-être a vécu des violences dans son passé et qui retranscrit indirectement ce qu'il a pu vivre, quelqu'un qu'a toujours connu de la violence, qu'a jamais connu d'amour va en donner plus facilement que d'autres personnes je pense, bien que ce soit pas toujours observé dans tous les cas, bien entendu, mais je pense que oui, ça peut inconsciemment, c'est une personne qu'a des carences et qui le retranscrit dans sa manière d'être et voilà qu'a été un petit peu détruit par cette violence là et du coup qu'a besoin d'aide pour se reconstruire.

Je sais pas si je réponds bien à la question ?

LT : oui, oui

Heu, est-ce que pour toi les personnes qui sont violentes, est ce que c'est plus des personnes qui vont avoir une pathologie psychiatrique ou est-ce que c'est plus des personnes qu'ont pas pathologie psychiatrique, des personnes lambda quoi ?

IDE : silence..., alors je dirais peut-être quand même un peu plus des patients qu'ont des antécédents psys, après...

LT : est-ce que tu trouves qu'il y a une montée de la violence dans le service d'urgences ?

IDE : oui complètement, en service d'urgences même, oui et même partout en fait je trouve ; Oui, ma Maman était aide-soignante, elle est à la retraite aujourd'hui, mais elle m'a dit qu'au cours de ses 40 ans de carrière, voilà elle a vu la l'agressivité monter petit à petit et devenir pas quotidienne mais en tout cas plus fréquente, et même moi, du coup en bientôt 5 ans d'expérience, oui, oui je ressens qu'il y a beaucoup plus d'agressivité, alors après c'est pas une critique envers les patients, en fait je peux le comprendre, comment dire ? on doit faire plus avec moins, on a moins de temps, on leur explique moins les choses donc eux ils arrivent avec leurs problèmes ils sont inquiets, nous on peut avoir une idée en fait de ce qu'ils peuvent avoir, on peut être inquiet ou pas, on peut voir un peu le degré de gravité, c'est ça que je veux dire, mais eux ils ne le savent pas en fait, ils pensent que ça peut être grave et ça peut faire peur d'arriver dans un hôpital, donc ça faut pas l'oublier, du coup je pense que voilà le fait de cette affluence de personnes de plus en plus fréquente, du coup ça n'arrange rien, du coup c'est communicatif, cette « promiscuité », y a plein de facteurs en tout cas, y a plein de facteurs si c'est quelqu'un qu'a vécu des choses, qu'a déjà un passé compliqué, qu'arrive dans une détresse, dans une demande de prise en soins, tout ça y a plein, plein, plein de facteurs à prendre en charge, mais oui complètement je vois une recrudescence de l'agressivité aux urgences, oui

LT : selon toi quelles sont les conséquences de la violence sur la relation soignant/soigné, après une situation de violence ?

IDE : silence, long silence.... Alors, silence... comment dire, silence...les conséquences après je pense c'est que y a une petite rupture de communication sur l'instant, là je parle de patients agités, hein excuse-moi c'est vrai, que dans ma tête j'imagine que pour les patients agités, mais c'est vrai que c'est bien valable pour tout le monde.... Mais... Comment expliquer ça ? Comment expliquer ça ?

LT : est-ce que la relation de confiance peut être impactée ?

IDE : ah ben bien sûr, oui complètement, j'allais parler de ça justement, mais bon après, après ça arrive quand même la plupart du temps que du coup, voilà on est victime d'agressivité on essaie de détourner un petit peu les choses et d'essayer d'apaiser les choses, et en fait après voilà peut être qu'une demi-heure après, voilà tout est, pas tout est oublié, mais en tout cas apaisé la relation de confiance elle peut quand même évoluer en fait, oui peut-être un peu sur l'instant mais voilà pas complètement non plus, après ben voilà je vois pas trop en fait quelles conséquences hormis ca ... du coup, oui

LT : est-ce que t'es à l'aise, toi dans la suite de la prise en charge d'un patient violent ? Est-ce que tu te sens à l'aise ?

IDE : non, ben non, non parce que du coup voilà, on fait tout pour que le patient en fait s'apaise, voilà mais on est sûr de rien en fait, on se sait pas si ça va se majorer, si il va se calmer, si on va pouvoir reparler ou s'il va être complètement fermé à la communication, et dans ce cas-là c'est important de savoir passer le relais mais non pas laisser le patient tout seul, faut savoir vraiment passer le relais et demander à un collègue d'aller le voir ; après faut savoir identifier en fait un peu les problèmes qui peut y avoir ; le patient par exemple, je pense à une femme musulmane, il faut pas oublier qu'elle aura peut-être plus d'appréhension à parler à un homme qu'à une femme, les hommes c'est pareil, parfois ils préfèrent parler à une femme, pas forcément qu'ils préfèrent, mais ça les apaisent d'avantage, dans ce cas-là on privilégie ça, y en a d'autres qui refusent catégoriquement d'avoir à faire à des femmes et dans ce ça là on demande à un collègue masculin, je pense que y a beaucoup de choses à prendre en compte en fait, mais voilà...

LT : est-ce que tu arrives à prendre du recul face à une situation de violence ?

IDE : je pense oui, je pense ; alors après, y a toujours du coup des moments où on se remet en question justement après, du coup on culpabilise un petit peu, on se demande ce qu'on aurait pu faire de mieux pour éviter ça, donc forcément je vais y penser, mais je me dis aussi que du coup il faut savoir que y a des fois, en fait on peut faire tout ce qu'on peut pour satisfaire le besoin des gens, mais on va pas toujours pouvoir en fait ; voilà ça je pense que c'est important de se le dire, parce que malheureusement, y a quand même des fois où on sera frustré, et la communication sera rompue et du coup on pourra plus en fait, nous, nous même on pourra plus, mais d'autres collègues pourront peut-être y arriver mais nous on pourra plus en tout cas.

LT : selon toi qu'est ce qui pourrait aider le soignant, dans sa globalité à faire face à ces situations de violence ?

IDE : silence... d'en parler surtout, d'en parler entre nous, silence... d'en parler, oui d'en parler, franchement, déjà mettre des mots sur notre ressenti, s'écouter, après extérioriser, alors voilà on a tous nos méthodes, soit on en parle à l'extérieur, moi je sais que j'en parle plutôt du coup avec mes collègues parce qu'on a tous un peu les mêmes émotions le même ressenti surtout les personnes en fait qui ont vécu la même situation que nous, voilà je dirais que c'est ça le principal.

LT : tu sens que ça te fait du bien, et que ça te permet de prendre du recul d'en parler ?

IDE : oui, ah oui complètement, oui,

LT : que peut-on mettre en place pour réduire les situations de violence ? Que pourrait-on plutôt mettre en place ?

IDE : silence.... Alors déjà y a plein de choses mises en place qui sont plutôt bien, long silence.... Je réfléchis...

LT : je t'en prie

IDE : silence.... Alors j'ai jamais vu, en fait comment étaient agencés les autres services d'urgence par rapport aux isolements et tout ça je sais pas... je sais pas ce qui pourrait être mis de plus en place en fait....

LT : des formations par exemple....

IDE : ah OUI oui oui oui c'est une bonne idée, tout à fait et des formations pour tout le monde du coup, plus accessibles en tout cas

LT : des formations pour tous les soignants ?

IDE : oui, tous les soignants

LT : et ce serait des formations qui seraient plus basées sur la prise en charge, sur du self défense ?

IDE : les deux, je pense oui parce que y a quand même des fois on peut être amené à recevoir des coups, dans ce cas-là, oui ça peut être intéressant d'avoir des cours par rapport à ça, mais surtout la prise en soins en fait, sur la communication, sur plein de choses importantes en fait pour essayer d'apaiser au mieux la personne, déjà de voir le patient tel qu'il est vraiment et de voir son contexte environnemental pour le comprendre en fait, on peut le voir quand même juste sur le plan médical, mais y a pas que ça en fait, y a aussi le vécu, y a plein de choses à prendre en compte ;

Donc, oui voilà de faire ces formations-là.

Après du coup pour les patients agressifs lambda sans antécédent aussi ?

LT : oui

IDE : silence.... c'est encore ça du coup, donc la communication, apprendre à bien communiquer, parce que je pense que des fois malheureusement, ça part d'une petite chose, d'un petit mot déplacé, oui une phrase mal agencée, du coup c'est interprété avec un patient fatigué, inquiet, souvent pas très bien, ben du coup c'est encore pire, et parfois ben on interprète voilà ça part un peu dans tous les sens ; donc du coup la communication , oui c'est important ; et puis après je ne sais pas qu'est-ce qui pourrait détendre un petit peu... après y a déjà des choses de mise en place je trouve, par exemple les patients qu'attendent en poste soins, y a un peu de musique parfois, ça je trouve que c'est important, parce que y a d'autres moyens aussi pour détendre...

LT : ce serait quoi pour toi les autres moyens pour apaiser quelqu'un ?

IDE : je pense que y a la lumière aussi, le fait d'être dans une lumière blanche, stridente là c'est pas top top, donc je pense que ce serait une lumière un peu plus tamisée... ; après on va être vite limité en fait parce que du coup, ce serait isoler un peu plus les gens, mais on ne peut pas se le permettre, voilà y a déjà beaucoup de monde et on a déjà je pense un beau service, on va pas trop se plaindre quoi... oui, ce serait essayer d'isoler un peu plus, parfois en fait y a des patients je trouve en fait qu'ils deviennent agressifs après avoir été en contact avec un membre de leur famille, et du coup je pense que c'est important de savoir en fait identifier ça, savoir, essayer d'impacter le moins possible son..., comment dire... son humeur, impacter le moins possible la relation et du coup je pense que c'est important de poser un petit peu les choses, de les écouter l'un et l'autre et puis d'essayer de... alors quand on peut, mais bon c'est toujours délicat parce que les accompagnants veulent souvent rester auprès de la personne, mais quand on peut déjà se limiter à un accompagnement avec la personne, voilà ce serait déjà ça en fait, parce qu'on peut pas séparer la personne de son accompagnant ; on peut pas, c'est pas possible, mais on peut essayer de limiter tout ça les contacts, comment dire la stimulation un peu interhumaine, quoi.

LT : ok ; ben est-ce que t'aurais des notions que tu souhaiterais ajouter à cet entretien, qu'on n'aurait pas abordé et qui te paraissent importantes ?

IDE : non, silence... non en fait je pense que j'ai déjà tout dit, le principal c'est d'être dans l'humanité en fait et de prendre en soins la personne dans sa globalité, faut pas oublier que voilà il peut y avoir une pathologie sous-jacente, voilà faut prendre plein de facteurs en compte, tous les facteurs en compte et du coup, rester le plus humain possible en tout cas et dans le non jugement surtout, oui voilà.

LT : je pense qu'on va finir sur ça Je te remercie.

IDE : de rien.

ANNEXE VIII : VERBATIM DE L'ENTRETIEN EXPLORATOIRE N°3

LT : alors est-ce que tu peux te présenter ?

IDE : alors, je m'appelle Florence, infirmière depuis 28 ans et je travaille en USC et aux urgences depuis 27 ans

LT : est-ce que t'as été formée pour prendre en charge un patient violent ?

IDE : hum, pas vraiment, mais l'expérience fait que on apprend...

LT : heu quelles sont tes missions au quotidien au sein des urgences ?

IDE : les missions au quotidien : c'est de l'accueil, de la prise en charge dans les soins, heu... on a un gros rôle administratif, un rôle de coordination entre les différents acteurs : aides-soignants, brancardiers, les médecins, les services, heu... on traite l'urgence, on traite les « lits porte » aussi l'hospitalisation de courte durée, des détenus, heu... c'est ça ?

LT : oui ok. Pour toi la violence qu'est-ce que c'est ?

I : la violence heu..., la violence, ben c'est quand y a un décalage entre.... Entre comment dire ? Attends je vais réfléchir.... C'est quand ça nous renvoie des images ou des réactions difficiles, quand on se sent un petit peu dépassé par ce qui se passe, alors ça peut être des patients vis-à-vis du soignant, mais ça peut-être aussi à l'inverse certains soignants vis-à-vis de patients , même ça arrive assez souvent je trouve... heu c'est pas spécialement le patient ; y a aussi, la violence c'est aussi les conditions de travail qui peuvent être violentes, c'est des situations en général, liées à une personne qui peut être violente, c'est quand ça nous renvoie à des émotions qu'on arrive pas trop à maîtriser.

LT : est-ce que tu fais la différence entre l'agressivité et la violence ?

IDE : oui

LT : ce serait quoi pour toi la différence ?

IDE : l'agressivité c'est moindre que la violence. L'agressivité ça peut être plus gérer, plus expliquer, plus contenu, plus facile, heu plus facile à régler

LT : ok. Est-ce que t'as déjà fait face à une situation de violence dans ton exercice professionnel ?

IDE : silence.... Ou plein, plein de petites violences, j'ai plus été témoin que j'ai fait face.

LT : est-ce que t'aurais une situation à me raconter, vécue ou que t'as pu observer ?

IDE : je me souviens d'une collègue qui avait été agressée verbalement à l'accueil avec des menaces sur quelqu'un qui avait pris son nom et qui menaçait d'atteindre sa famille...

LT : et c'était une personne qui avait des troubles psychiques ou pas ?

IDE : non c'était une famille, c'était un accompagnant

LT : d'accord,

IDE : et ça a été loin parce qu'y a eu un dépôt de plainte parce qu'elle a eu peur, après j'ai pas su la suite parce que je pense qu'y a pas eu de suite, mais la collègue a quand même été bien, bien fragilisée et a été en arrêt et a pas fait d'accueil pendant un certain temps....

LT : d'accord,

IDE : Après j'en aurais plein d'autres à raconter mais pas spécialement de patient

LT : plus de soignants envers le patient ?

IDE : oui aussi, ou de personnel les uns envers les autres

LT : ah oui du coup moi mon mémoire, c'est vraiment les patients violent envers les soignants...

IDE : ok mince, rire...

LT : comment est-ce que vous agissez et qu'est-ce que vous mettez en place en cas de violence d'un patient ?

IDE : alors la violence d'un patient après ça dépend le contexte ; souvent quand y a une violence au sein du service des urgences, c'est souvent lié à la maladie, ça peut être la psychiatrie, ça peut être une annonce difficile, ça peut être oui quelqu'un qui se contrôle plus, ça peut être lié à l'alcool, ça peut être lié à la prise de toxiques, donc déjà c'est la parole, après si on voit que ça ne fonctionne pas sur l'aigu, ça va être une contention physique prescrite par le médecin, donc là on s'y met à plusieurs, c'est pas la décision d'une personne, c'est la décision du médecin et c'est un travail d'équipe.

LT : heu est-ce qu'il y a des outils, moyens ou techniques que vous utilisez autre que la contention du coup ?

IDE : alors de moins en moins, je pense qu'au début on prenait plus le temps de parler, de surveiller la personne, heu mais devant le risque de passage à l'acte ou de fugue ou de débordement et face à la surcharge de travail, on passe vite à la contention, trop, mais voilà...

LT : est-ce que y a un moment de la journée ou la violence elle est prévalente par rapport au reste de ta journée de travail aux urgences ?

IDE : heu, non

LT : c'est tout le temps régulier ?

IDE : oui, c'est régulier ; là ou c'est compliqué, c'est quand il y a beaucoup de travail ou là c'est plus difficile...

LT : ok. Selon toi, quels impacts y a sur le soignant victime d'un fait de violence ?

IDE : heu ben ça abime, tout simplement, après je pense que si c'est un acte isolé on peut vite rebondir et passer à autre chose ; si c'est assez répétitif comme ça se passe souvent aux urgences, je pense que y a une lassitude et puis un ras le bol quoi ; et puis je pense qu'on accepte de moins en moins certaines choses, alors je sais que j'ai observé, j'ai des collègues ou ça va être du coup : on discute plus on contentionne et des collègues et qui du coup on ne leur laisse plus le choix on leur dit : il faut qu'on attache les patients comme ça violents et qui le vivent mal, parce que c'est hyper violent soi-même de faire ça, d'attacher quelqu'un, donc je trouve que c'est un des aspects les plus difficiles de notre travail...

LT : de contentionner quelqu'un ?

IDE : oui

LT : du coup qu'est-ce que ça te renvoie en émotions ?

IDE : heu ben on est nous-mêmes, pas violents mais agressifs ; et on peut être violents parce parfois, voilà si la personne est forte, ben on est obligé de nous, utiliser la force, et ce serait facile d'être soi-même violent par moment quoi ; un coup renvoie un coup, moi ça ne m'est jamais arrivé mais je me suis vue, alors c'était pas aux urgences, face à un patient qui t'envoie un coup, ben tu lèves la main même si tu vas pas jusqu'au bout mais ça, je crois que c'est humain quoi...

LT : est-ce que t'as déjà identifié des mécanismes de défense lors d'une situation de violence ?

IDE : silence ... des mécanismes de défense... ben déjà il faut prendre du recul, enfin il faut se remettre vraiment en situation de professionnel, et pas personnel, faut pas le prendre comme une attaque personnelle, c'est pas individuel, c'est collectif souvent c'est pas... ; une personne violente elle s'attaque pas à toi Francine, elle s'attaque à l'institution, voilà selon son histoire...

LT : est-ce que ça t'es déjà arrivé d'avoir peur ?

IDE : oui ça m'est arrivé, oui

LT : quels impacts y a sur le patient auteur d'un fait de violence selon toi ?

IDE : silence... heu ... silence... je pense que ça doit être très dur à vivre, je sais pas quels impacts parce que j'en ai jamais parlé... enfin si j'en ai parlé une fois à un patient qui l'a très, très, très, très mal vécu et qui ne l'a pas compris, le fait d'être attaché, qu'on prenne pas le temps de discuter, que voilà ce soit systématique...

LT : est-ce qu'il était dans le refus de soins du coup après ?

IDE : non, non parce qu'il a vu qu'il avait pas le choix, mais c'était forcé et contraint, c'était pas... après la participation du patient elle est difficile à obtenir et je pense que y a un manque de confiance après, les patients ils se méfient beaucoup hein...

LT : est-ce que tu donnes un sens à la violence ?

IDE : silence, ben oui ; si le patient est violent, y a une raison...

LT : ce serait quoi pour toi ?

IDE : ça peut être son histoire, ça peut être sa maladie, ça peut être heu ... ça peut être aussi comment on l'a pris en charge, comment on s'en est occupé dès le début, comment on lui a expliqué les choses

LT : est-ce que la violence ça pourrait être aussi perçue comme un symptôme d'une pathologie ?

IDE : oh ben oui,

LT : oui ; plutôt quel type de pathologie selon toi ?

IDE : heu... essentiellement psychiatrique quand même, après ça peut être lié aussi à la prise de substances ...

LT : heu, selon toi quelles sont les conséquences de la violence sur la relation soignant soigné après une situation de violence ?

IDE : ben je pense que, silence... après si le dialogue peut être réinstauré ça va, si c'est pas possible il faut savoir passer la main et changer d'interlocuteur...

LT : du coup la relation de confiance elle peut être impactée ?

IDE : oh ben oui

LT : heu si toi t'es victime d'un fait de violence par un patient est-ce que tu te sens à l'aise pour la suite de la prise en charge ?

IDE : oui

LT : de revenir vers lui, de continuer les soins ?

IDE : oui

LT : heu, t'arrives à prendre du recul face à une situation de violence ?

IDE : oui

LT : est-ce que tu penses que c'est lié à ton expérience ?

IDE : heu oui, et puis à la façon aussi de prendre en charge le patient dès le début, de bien lui expliquer et puis de rester très neutre, très professionnelle` LT : heu selon toi qu'est-ce qui pourrait aider le soignant dans sa globalité à faire face à des situations de violence ?

IDE : heu, silence, ben améliorer ben déjà les formations c'est pas mal, ce serait même obligatoire, et puis améliorer juste les conditions de prise en charge et éviter le systématique, avoir du temps, plus de temps pour arriver à désamorcer certaines situations un peu difficiles

LT : heu en lien avec cette question justement, qu'est qu'on pourrait mettre en place pour réduire les situations de violence ?

IDE : heu, ben favoriser la communication et informer les patients un peu plus, déjà ; et silence... avoir peut-être recours à des professionnels formés, plus formés...

LT : formés dans la prise en charge de la violence ?

IDE : oui, oui

LT : et ce serait quel type de ... ?

IDE : ben les infirmières psy déjà des urgences, je trouve qu'elles ont une approche différente, et elles arrivent à désamorcer des situations difficiles, et elles ont beaucoup plus, pour avoir vu faire, elles ont beaucoup plus de recul que certaines de mes collègues ou que même de moi...

LT : est-ce que y a des techniques ou des moyens, des outils qu'on aurait pas cités et qui te paraîtraient importants pour la prise en charge d'un patient violent ?

IDE : ben déjà avoir une pièce plus sécurisée ou on puisse surveiller le patient à proximité mais avec du personnel aussi qui le surveille, mais non pas attaché et c'est crescendo quoi, tu attaches ça augmente, après ça augmente, tout le monde s'énerve et puis...

LT : donc une pièce vraiment dédiée pour les personnes violentes, avec des lits sécurisés, des contentions...

IDE : voilà des contentions, mais peut-être moins dures que celles qu'on met : la thoracique, on met l'abdominale, la pied main, plus adaptées à la personne, et non pas du systématique : une petite mémé sur un brancard qui va être violente parce que elle a Alzheimer, et puis qu'on attache pied, main, thorax, abdomen, c'est hyper difficile, mais voilà...

LT : c'est votre protocole qui est fait comme ça ?

IDE : oui

LT : et avec les contentions, vous mettez aussi une contention chimique ?

IDE : heu oui

LT : en systématique aussi, ou c'est en fonction de la personne ?

IDE : en systématique quand même ... bon après ça dépend des médecins mais c'est quand même plutôt systématique, autrement c'est cruel...

LT : est-ce qu'il y a des notions que tu souhaites rajouter à cet entretien ?

IDE : non merci ça va.

LT : merci à toi

IDE : de rien.

ANNEXE IX : TABLEAU METHODOLOGIQUE N°1 D'AIDE A L'ANALYSE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Ce tableau est réalisé dans un but méthodologique d'aide à l'analyse des entretiens exploratoires. J'ai pour ce faire, répertoriés tous les mots clés pour chaque questions et comptabilisés chacun de ceux-ci dans les verbatim, afin d'en faire ressortir visuellement les principales notions. J'ai également utilisé un système de couleur par catégories identifiées lors d'une première lecture : prise en charge, violence, agressivité, fréquence de la violence, causes de la violence, contentions, valeurs, moyens/techniques, émotions, choix, communication, sens de la violence, banalisation de la violence...

	Entretien n°1	Entretien n°2	Entretien n°3
<p>Question 1 Pouvez-vous vous présenter ?</p>	<p>Maryse Aide-soignante depuis 40 ans 30 ans aux urgences Parcours : - Rhumatologie - Pneumologie - Soins de suite - Urgences</p> <p>Pas de formation Prise en charge (x1)</p>	<p>Camille IDE depuis 5 ans 1 an soin de suite Parcours : - Chirurgie urgence médecine pendant 5 mois - Médecine post urgence pendant 1 an ½ - Urgence depuis 1 an ½</p> <p>A eu des cours sur la violence pendant formation ide mais pas de formation Est demandeuse d'en faire</p>	<p>Florence IDE depuis 28 ans</p> <p>Parcours : - Urgence et Unité de Soins Continus depuis 27 ans</p> <p>Pas de formation // violence</p>
<p>Question 2 Quelles sont vos missions au quotidien ?</p>	<p>Prendre en charge (x1) Violence (x2) Personnes qui en ont marre d'attendre Temps trop long Arrive de plus en plus souvent Agité (x1)</p>	<p>Prendre en soin (x2) Guider Aider Soigner (x2) Répondre à ses besoins (x2) Problème de santé Valeurs Respect Humanité (x2) Ecoute Humilité (x2) Rigueur (x2) Conscience professionnelle Organisation</p>	<p>Prise en charge Accueil Rôle administratif Rôle de coordination</p>
<p>Question 3 Pour vous la violence qu'est-ce que c'est ?</p>	<p>Violence (x4) Agressivité (x3) Agité (x1) Arrive très souvent De plus en plus souvent Verbal arrive de plus en plus souvent</p>	<p>Violence (x6) Agressivité/agression (x5)</p>	<p>Violence (x5) Renvoie des images difficiles Renvoie des réactions difficiles Se sentir dépassé Renvoie à des émotions qu'on n'arrive pas à maîtriser Agressivité (x2)</p>

<p>Question 4 Avez-vous fait face à une situation de violence au cours de votre exercice professionnel ?</p>	<p>Régulièrement (x2) Presque chaque semaine Violence (x4) Agressivité (x6) Contact ne s'est pas fait Ne pas hausser le ton (x2) Parler fort (x3) Crier (x2) Pas écouter (x2) Parole calme (x2) Monocorde (x2) Expliquer Certaine fermeté Choses mise en place C'est comme ça On est obligé Procédure Très souvent Fin d'après-midi, journée Matin rare Beaucoup soir et nuit Tout le temps, tous les jours n'importe quel moment Alcool Délires Evolution Gens qui ne sont pas bien (x2) Troubles psychiatriques (x4) Etiquetés comme ça (x1) Pas capables/incapables (x3) Démences Pertes des repères (x2) Hermétique (x1) Prendre en charge (x1) Saucissonner (x1)</p>	<p>Violence (x8) Agressif (x3) Détresse psychique ou morale Demandeurs de soins Patients psy dans le déni Maladie qui veut ça Maladie psychotique Schizophrène Etat délirant Alcoolisation (x2) Soirées Soins sécurisés (x4) Isole (x3) Contention/décontentionné (x9) Prise en charge (x6) Pas le droit d'aller fumer Il y a des règles Relation de confiance (x2) Expliquer Parler Se présenter Ecouter (x3) Peur (x4) Ressenti que (x2) Agitation (x4) Le soir (x2) Côté nocturne qui fait peur Fragilité</p>	<p>Violence (x3) Agressée Accompagnant Maladie psychiatrique Annonce difficile Plus de contrôle de soi Alcool Toxiques Surcharge de travail Peur Fragilisée Contention (x2) Le temps de parler Parole Surveiller la personne Régulier</p>
---	---	--	---

<p>Question 5 Selon vous, quels impacts y a-t-il sur le soignant victime d'un fait de violence ?</p>	<p>Parler (x6) Débriefing Discuter (x2) Appeler (x5) Aide (x2) Ecoute rien Dédramatiser Quotidien va reprendre Banalise Violence (x4) Agresser (x4) Prise en charge (x2) Protéger Pièce dans le noir Contenus Choix</p>	<p>Agression (x4) Se sentir concerné en tant que personne Touchant Culpabilise Peut faire mal Peur Ressent beaucoup de choses sans rien dire Transparaître les émotions Rester neutre Mécanisme de défense du transfert Pas d'émotion (x2) Pas le temps d'avoir peur (x2) Instinct (x2) Attraper (x2)</p>	<p>Ça abîme Le vivent mal Hyper violent soi-même de faire ça Se voir lever la main sur le patient Prendre du recul A eu peur Lassitude « Ras-le-bol » Contentionne Attache (x2) Violent (x4) Agressif (x1)</p>
<p>Question 6 Selon vous, quels impacts y a-t-il sur le patient auteur d'un fait de violence ?</p>	<p>Agressifs (x1) Conditionnement Délires Ne se rendent pas compte (x2) Alzheimer, c'est dans leur maladie Pas de sens pour la violence Pas le symptôme d'une pathologie Violence (x2)</p>	<p>Certains se rendent compte Fatigué et inquiets Impression de ne pas être considérés Pas écouté Pas pris en soin S'énervent Balancent leurs émotions Patients avec antécédents psy Explique moins les choses Inquiets Affluence de personnes qui n'arrange rien Culpabilité Peut faire mal Agité Agressivité (x2) Violent (x2) Sens de la violence dans les démences sinon ne donne pas de sens Symptôme : ne répond pas à la question Monté de la violence partout Recrudescence de l'agressivité aux urgences On doit faire avec Prise en soins (x2)</p>	<p>Attaché Prendre le temps de discuter Pas de systématique Expliquer Pas le choix Forcé et contraints Participation du patient difficile à obtenir Manque de confiance Méfiance Violence Prise en charge Psychiatrique et prise de substances Sens de la violence si le patient agit ainsi, du à son histoire, maladie, la prise en charge, les explications données Symptôme : pour pathologie psychiatrique et prise de substances.</p>

<p>Question 7 Selon vous, quelles sont les conséquences de la violence sur la relation soignant-soigné après une situation de violence ?</p>	<p>Peur Violent (x3) Prise en charge Soigner, soins Relation intacte Discute (x3) Tout le temps (x2) Débriefe Occulte, passe à autre chose Parait anodin Conversation banale</p>	<p>Rupture de communication Fermé à la communication Communication rompue Agité (x2) Agressivité Culpabilise Frustré Satisfaire le besoin des gens</p>	<p>Dialogue réinstauré PEC poursuivie sinon Passer le relais Impact sur la relation de confiance Prendre en charge</p>
<p>Question 8 Selon vous, qu'est ce qui pourrait aider le soignant dans sa globalité, à faire face à ses situations de violence ?</p>	<p>Formation (2) Moyens Astuces (x2) Prise en charge (x2) Dialogue Aller vite Pas le temps Violence (x2) Peur Ultime pièce ou attacher les gens</p>	<p>Parler (x5) Mettre des mots sur notre ressenti Extérioriser Tous le même ressenti les mêmes émotions</p>	<p>Formation Prise en charge</p>
<p>Question 9 Que peut-on mettre en place pour réduire les situations de violence ?</p>	<p>Technique Moyens Temps Groupe de travail Infirmiers psychiatriques Formation Astuces Locaux Pas le choix Obligé Pas être à discuter Contentions (x3) Attacher Chambre sécurisée Attacher sur un chariot Prise en charge (x2)</p>	<p>Isolement (x3) Formations (x3) Accessibles Self défense Musique Lumière tamisée (x2) Limiter la stimulation « interhumaine » Prise en charge (x2) Relation Agressifs Mots déplacés Phrase mal agencée Interprétée (x2) par un patient fatigué pas bien Communication et bien communiquer (x3) Les écouter</p>	<p>Favoriser la communication Informer les patients Formé (x2) Infirmières psychiatriques Pièce sécurisée Patient non attaché Attache Contention Violente Hyper-difficile Cruel si pas de contention chimique associée à la physique (le cas dans ce CH)</p>
<p>Question 10 Avez des éléments, des notions que vous souhaiteriez ajouter ?</p>	<p>Violence (x1)</p>	<p>Humanité Prendre en soins Globalité Humains Non jugement</p>	<p>/</p>

ANNEXE X : TABLEAU METHODOLOGIQUE N°2 D'AIDE A L'ANALYSE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Ce deuxième tableau a pour but méthodologique de classer les notions mises en exergues du tableau n°1 ci-dessus, par « rubriques ». Ces dernières sont les sujets sur lesquels les trois professionnels de santé ont le plus abordés. Ce tableau me permet de pouvoir débiter la phase d'analyse des entretiens exploratoires de manière organisée, par rubriques pour une lecture facilitée.

	MARYSE (AS)	CAMILLE (IDE)	FLORENCE (IDE)
LA VIOLENCE	Personnes qui en ont marre d'attendre Evolution Gens qui ne sont pas bien (x2) Troubles psychiatriques (x4) Etiquetés comme ça (x1) Pas capables/incapables (x3) Démences Pertes des repères (x2) Hermétique (x1) Conditionnement Délires Ne se rendent pas compte (x2) Alzheimer, c'est dans leur maladie Aller vite Pas le temps	Détresse psychique ou morale Demandeurs de soins Patients psy dans le déni Maladie qui veut ça Maladie psychotique Schizophrène Etat délirant Alcoolisation (x2) Soirées Dissocié de la réalité Ne mesure pas ses actes et mots Rupture thérapeutique Certains se rendent compte Fatigué et inquiets Impression de ne pas être considérés Pas écouté Pas pris en soin S'énervent Balancent leurs émotions Patients avec antécédents psy Explique moins les choses Inquiets Affluence de personnes qui n'arrange rien Mots déplacés Phrase mal agencée Interprétée (x2) par un patient fatigué pas bien	Accompagnant Maladie psychiatrique Annonce difficile Plus de contrôle de soi Alcool Toxiques Surcharge de travail Psychiatrique et prise de substances

<p>LE SENS DE LA VIOLENCE</p>	<p>Pas de sens pour la violence Pas le symptôme d'une pathologie Choses mise en place C'est comme ça On est obligé Procédure Dédramatiser Quotidien va reprendre Banalise Occulte, passe à autre chose Parait anodin Conversation banale</p>	<p>Sens de la violence dans les démences sinon ne donne pas de sens Symptôme : ne répond pas à la question Il y a des règles On doit faire avec</p>	<p>Sens de la violence si le patient agit ainsi, du a son histoire, maladie, la prise en charge, les explications données Symptôme : pour pathologie psychiatrique et prise de substances. Pas le choix Forcé et contraints Lassitude « Ras-le-bol »</p>
-------------------------------	---	--	---

<p>LES EMOTIONS RESENTIES</p>	<p>Pas d'émotion (x2) Pas le temps d'avoir peur (x2) Instinct (x2) Peur</p>	<p>Peur (x4) Se sentir concerné en tant que personne Touchant Culpabilise Peut faire mal Peur Ressent beaucoup de choses sans rien dire Transparaître les émotions Rester neutre Mécanisme de défense du transfert Culpabilité Peut faire mal Culpabilise Frustré Tous le même ressenti les mêmes émotions</p>	<p>Renvoie des images difficiles Renvoie des réactions difficiles Se sentir dépassé Renvoie à des émotions qu'on n'arrive pas à maîtriser Peur Fragilisée</p> <p>Ça abime Le vivent mal Hyper violent soi-même de faire ça Se voir lever la main sur le patient Prendre du recul A eu peur</p> <p>Participation du patient difficile à obtenir Manque de confiance Méfiance</p> <p>Hyper-difficile Cruel si pas de contention chimique associée à la physique (le cas dans ce CH)</p>
-------------------------------	--	--	--

<p>COMPOTEMENTS ET MOYENS MIS EN OEUVRE</p>	<p>Contact ne s'est pas fait Ne pas hausser le ton (x2) Parler fort (x3) Crier (x2) Pas écouter (x2) Parole calme (x2) Monocorde (x2) Expliquer Certaine fermeté Parler (x6) Débriefe Discuter (x2) Appeler (x5) Aide (x2) Ecoute rien Relation intacte Discute (x3) Tout le temps (x2) Débriefe</p> <p>Saucissonner (x1) Protéger Pièce dans le noir Contenus Attraper (x2) Ultime pièce ou attacher les gens Contentions (x3) Attacher Chambre sécurisée Attacher sur un chariot</p> <p>Formation (2) Moyens Astuces (x2) Technique Moyens Temps Groupe de travail Infirmiers psychiatriques Formation Astuces Locaux</p>	<p>Communication et bien communiquer (x3) Les écouter Parler (x5) Mettre des mots sur notre ressenti Extérioriser Relation de confiance (x2) Expliquer Parler Se présenter Ecouter (x3)</p> <p>Contentionné/décontentionné (x9) Isolement (x3)</p> <p>Formations (x3) Accessibles Self défense Musique Lumière tamisée (x2) Limiter la stimulation « interhumaine »</p>	<p>Le temps de parler Parole Prendre le temps de discuter Pas de systématique Expliquer Dialogue réinstauré PEC poursuivie sinon Passer le relais Impact sur la relation de confiance</p> <p>Contention (x2) Contentionne Attache (x2) Attaché Patient non attaché Attache Contention</p> <p>Formé (x2) Infirmières psychiatriques Pièce sécurisée</p>
---	---	---	--

ANNEXE XI : FICHE DE SURVEILLANCE CONTENTION ET ISOLEMENT

[Nom
Prénom
Date de naissance :
IPP]

Date de mise en isolement :

Date de fin de l'isolement :

Date de mise sous contention mécanique :

Date de fin de la contention mécanique :

FICHE DE SURVEILLANCE CONTENTION et ISOLEMENT

Service :

Unité :

DÉCISION MÉDICALE INITIALE

Date et heure de la décision : __ / __ / __ à __ h __ |

Nom du médecin : _____ Signature

Si le médecin n'est pas psychiatre :

- nom du psychiatre qui confirme la décision : _____ et signature

MODE D'HOSPITALISATION DU PATIENT : SL SPDT SPDRE

MESURES

ISOLEMENT

CONTENTION

CIRCONSTANCES DE SURVENUE

INDICATIONS

- Menace de passage à l'acte hétéro ou autoagressif
- Acte agressif – violence
- Autre, préciser : _____

TROUBLES OU ANTÉCÉDENTS PRÉSENTANT UN RISQUE PARTICULIER

- Sur le plan somatique :

- Sur le plan psychiatrique :

INTERVENTIONS ALTERNATIVES TENTÉES

- Intervention verbale, désescalade
- Temps calme/espace d'apaisement
- Entretien avec un soignant
- Médicament
- Autre, préciser :

PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE

Fréquence de l'évaluation de l'état psychique :

Préciser la fréquence de la surveillance de l'état somatique sur les lignes correspondantes :

Éléments de surveillance :

- Conscience
 - Pouls, tension artérielle
 - Température
 - Saturation en oxygène
 - Fréquence respiratoire
 - Alimentation, hydratation
 - Élimination intestinale
 - Élimination urinaire
 - Vérification de la mise en sécurité du patient et de l'espace d'isolement
 - Toilette
 - Substitut nicotinique ou possibilité de fumer
 - Vérification points d'attaches, état cutané, palpation des mollets
 - Prescriptions HBPM
 - Bilan biologique : surveillance plaquettes
 - Autre : préciser :

Contention :

Toilette du patient : au lit en salle de bains

Temps de sortie hors de l'espace d'isolement avec un soignant

- Oui : préciser Non

INFORMATION AU PATIENT ET/OU PROCHES

Date :

Nom du médecin :

Signature :

ARRÊT DE LA (DES) MESURE(S)

Isolement

Contention

Date et heure de l'arrêt : __/__/__ à __ h __

Date et heure de l'arrêt : __/__/__ à __ h __

Motifs de l'arrêt :

Nom du médecin : _____

Signature

SURVEILLANCE DES MESURES D'ISOLEMENT ET/OU DE CONTENTION

Date :	Heure 1 ...	Heure 2	Heure 3	Heure 4	Heure 5	Heure 6
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Contention						
Points d'attaches						
État cutané						
Palpation des mollets						
Paraphe du soignant						
Paraphe du soignant						

Date :	Heure 7 ...	Heure 8	Heure 9	Heure 10	Heure 11	Heure 12
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Contention						
Points d'attaches						
État cutané						
Palpation des mollets						
Paraphe du soignant						
Paraphe du soignant						

Date :	Heure 13	Heure 14	Heure 15	Heure 16	Heure 17	Heure 18
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Contention						
Points d'attaches						
État cutané						
Palpation des mollets						
Paraphe du soignant						
Paraphe du soignant						

Date :	Heure 19	Heure 20	Heure 21	Heure 22	Heure 23	Heure 24
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre :						
Contention						
Points d'attaches						
État cutané						
Palpation des mollets						
Paraphe du soignant						

DÉCISION MÉDICALE - RENOUVELLEMENT - J

Isolement

Contention

Date et heure : __ / __ / __ à __ h __

Nom du psychiatre :

Signature :

MOTIF DU MAINTIEN

PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE

Fréquence d'évaluation de l'état psychique :

Préciser la fréquence de la surveillance de l'état somatique sur les lignes correspondantes :

Eléments de surveillance :

- Conscience
- Pouls, tension artérielle
- Température
- Saturation en oxygène
- Fréquence respiratoire
- Alimentation, hydratation
- Élimination intestinale
- Élimination urinaire
- Vérification de la mise en sécurité du patient et de l'espace d'isolement
- Toilette
- Substitut nicotinique ou possibilité de fumer
- Vérification points d'attaches, état cutané, palpation des mollets
- Prescriptions HBPM
- Bilan biologique : surveillance plaquettes
- Autre : préciser

Contention :

Toilette du patient : au lit en salle de bains

Temps de sortie hors de l'isolement avec un soignant :

Non Oui : préciser

ARRÊT DE LA (DES) MESURE(S)

Isolement

Contention

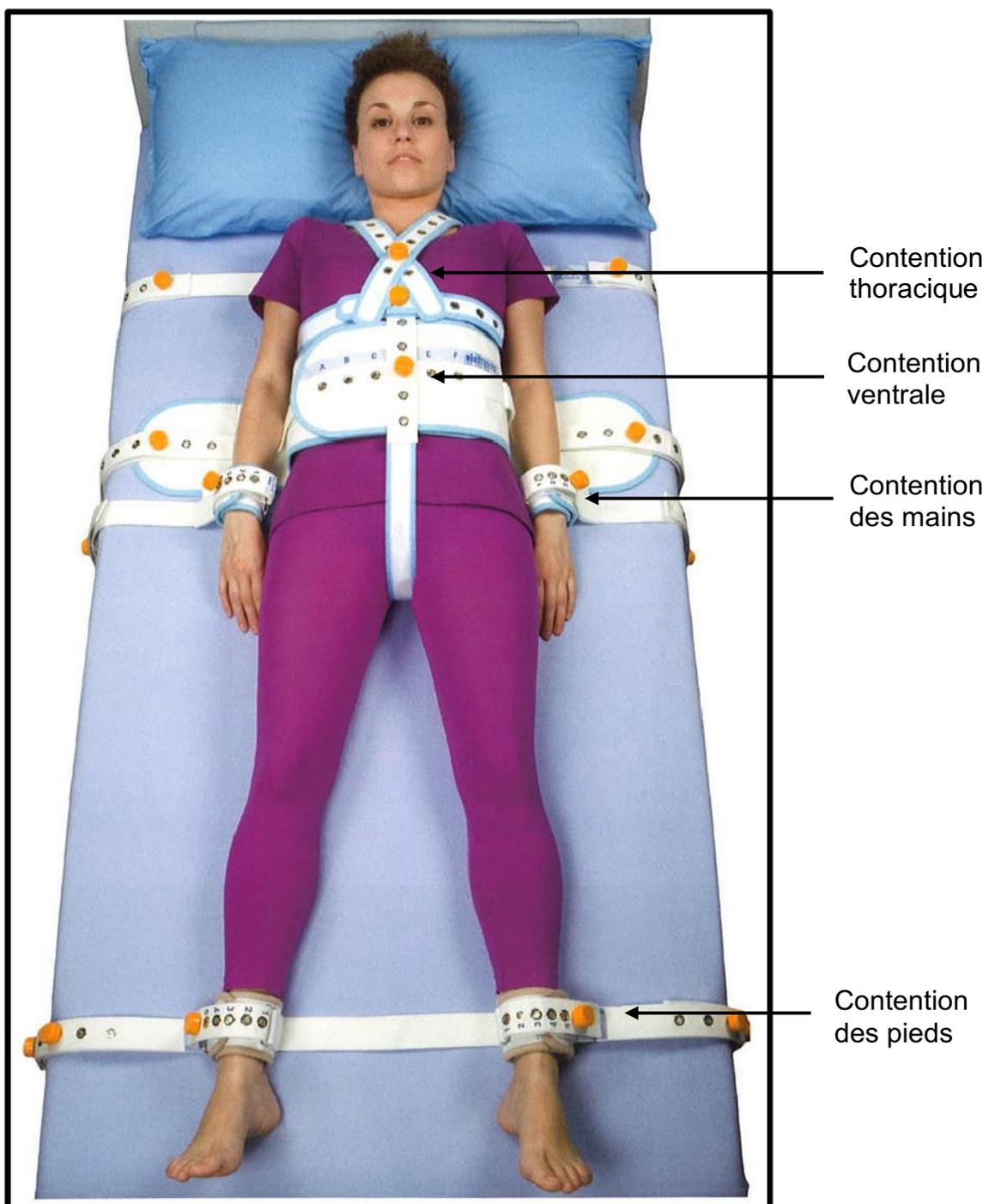
Date et heure de l'arrêt : __/__/__ à __h__ Date et heure de l'arrêt : __/__/__ à __h__

Motif de l'arrêt :

Nom du médecin : _____

Signature

**ANNEXE XII : ILLUSTRATION DES DIFFERENTES CONTENTIONS
MECANIQUES AU LIT**



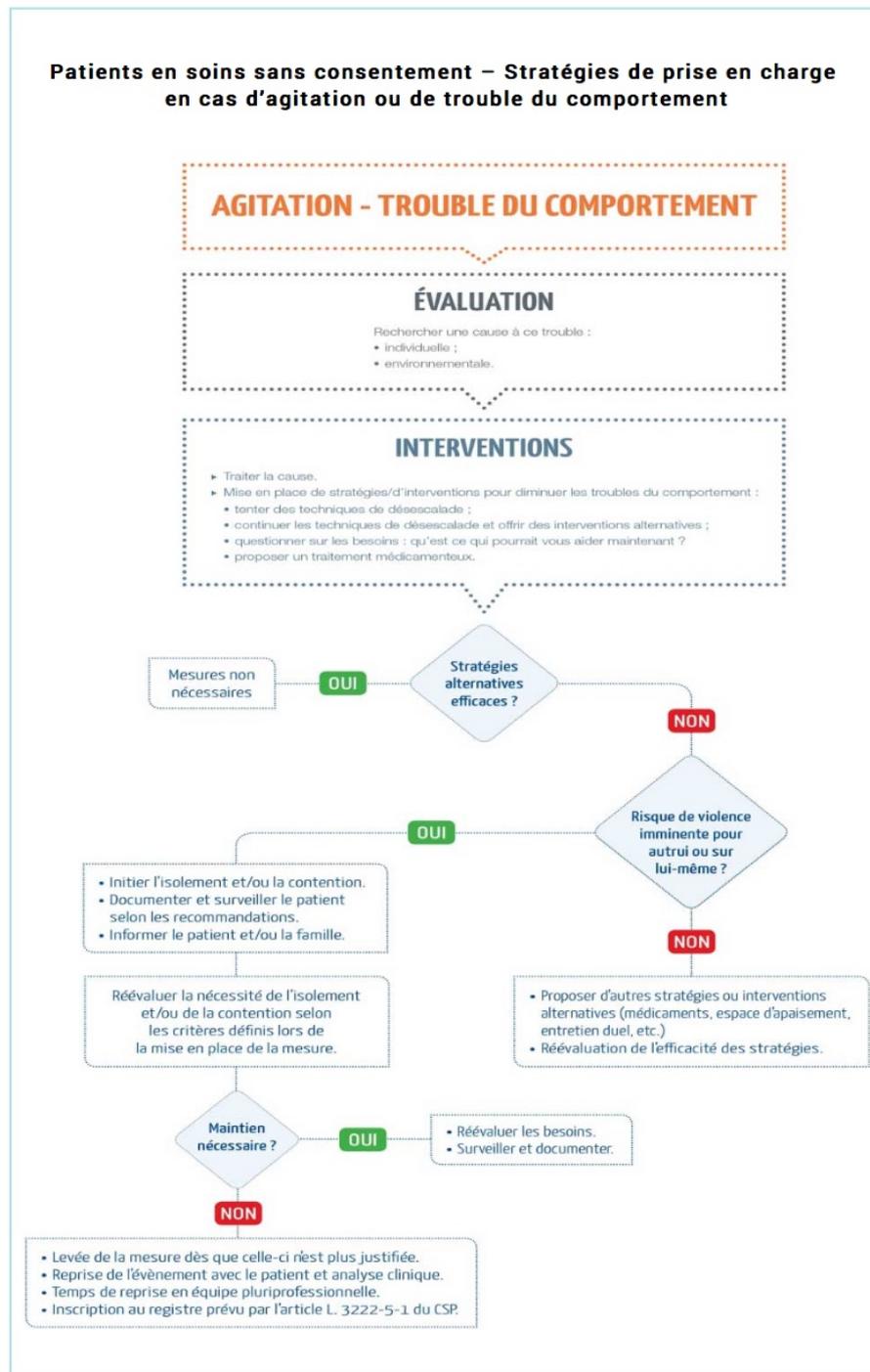
ANNEXE XIII : LES 10 CRITERES POUR ASSURER LA QUALITE DE L'UTILISATION DE LA CONTENTION PAR L'HAS

La HAS a établi 10 critères pour assurer la qualité de l'utilisation de la contention.

- *Critère 1 : sur prescription médicale : comme dit précédemment, aucun moyen de contention ne peut être mis en place sans l'aval d'un médecin.*
- *Critère 2 : évaluation en équipe pluridisciplinaire du rapport bénéfices-risques : toute mesure de contention repose sur un consensus d'équipe afin de limiter au maximum les dérives de maltraitance par l'usage abusif de contention mais également pour permettre une discussion de recherche sur le rapport bénéfice risque.*
- *Critère 3 : surveillance programmée et retranscrite dans le dossier : l'infirmier ayant sous sa responsabilité un patient avec une mesure de contention doit programmer sa surveillance mais également la retranscrire et bien sûr transmettre les informations nécessaires à la prise en charge au médecin.*
- *Critère 4 : information donnée à la personne et à ses proches : même si la contention est une méthode de soins qui peut paraître contraignante, il est nécessaire d'expliquer ce soin au patient mais également à sa famille afin de favoriser l'alliance thérapeutique et dans certains cas la levée de cette contention après prescription médicale d'arrêt définitif ou temporaire de la mesure.*
- *Critère 5 : matériel approprié garantissant confort et sécurité : le matériel de contention doit être choisi de façon pertinente au regard de la situation. Il se doit d'être le moins contraignant possible. Il ne doit pas mettre en danger ni le patient ni le soignant.*
- *Critère 6 : préservation intimité et dignité : en aucun cas la contention ne doit être un frein au respect de l'intimité et de la dignité. Il résulte pour cela d'une discussion entre professionnels pour assurer cette surveillance.*
- *Critère 7 : contention levée le plus souvent possible : sous réserve d'accord et prescription médicale, si le consensus d'équipe met en avant la possibilité de suspendre le moyen de contention cela se doit d'être fait.*
- *Critère 8 : proposition d'activités assurant le confort psychologique : le patient ayant une contrainte ne doit pas pour autant, hors cas particulier spécifié par un médecin, être privé de contacts sociaux notamment par sa participation à des activités thérapeutiques ou occupationnelles et doit bénéficier d'entretien d'aide.*

- *Critère 9 : l'état de santé et les conséquences de la contention sont évalués au moins toutes les 24h. Toutes les 24h, le médecin en consultation avec l'ensemble de l'équipe doit effectuer une analyse bénéfices-risques de la méthode de contention afin de l'adapter au plus proche de l'état clinique de la personne. Cela met donc en avant l'importance de l'évaluation clinique de l'infirmier qui peut apporter des éléments en faveur ou non de la reconduction de la contention.*
- *Critère 10 : la contention est reconduite par prescription médicale motivée toutes les 24h : au regard de l'évaluation permanente de la contention, le médecin reconduit ou non la mesure.*

ANNEXE XIV : STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE EN CAS D'AGITATION OU DE TROUBLE DU COMPORTEMENT



Source : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2749196/fr/isolement-contention-pratiques-de-dernier-recours

Titre : « Soignez-moi, excusez-vous ! »

Résumé :

La prise en charge de la violence, est une notion qui fait de plus en plus débat dans les services de santé et notamment dans le service des urgences où la violence est en recrudescence. L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé, expose sur son rapport de 2017 (données de 2016), que **84% des victimes d'atteintes à la personne sont les personnels de l'établissement de santé et 70% des auteurs de fait de violence sont les patients**. Je cherche par ce travail de fin d'étude, à comprendre les impacts de la violence émanant d'un patient, envers la prise en charge soignante.

Ce travail, s'appuie sur des lectures, des recherches et sur l'expérience de trois soignantes exerçant aux urgences : deux infirmières diplômées d'Etat et une aide-soignante qui lors d'entretiens m'ont livré leur approche de la violence. Il a pour objectif de répondre à une question de recherche et de faire le lien, par la pratique infirmière, entre violence et prise en charge.

Mots-clés : violence - agressivité - urgences - prise en charge - contention - sécurité.

Title: "Take care of me, excuse yourself !"

Abstract:

Dealing with violence is a concept that increasingly debated in the emergency department where violence is on the rise. The National Observatory of Violence in Health Care presents its 2017 report (2016 data), that **84% of victims of personal injury are health care workers and 70% of perpetrators of violence are patients**. Though this end-of-study work, I seek to understand the impact of violence emanating from patients, toward caregivers.

This work is based on readings, researches and interviews with three nurses working in the emergency room: two state-registered nurses and a nursing assistant who gave me their approach to violence. Its objective is to answer a research question and to make the link, through nursing practice, between violence and management.

Keywords: violence - aggressivity - emergency - care - restraint - security.