

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

**CH de SAINTONGE – SAINTES**

**PRISE EN CHARGE DU SUICIDANT AUX  
URGENCES**

**Mémoire de Fin d'Etude**

**UE 5.6 S6**

**Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et  
professionnelles**

**Ecrit par : Pauline CHARNEAU**

**Promotion 2012-2015**

**Directeur de Mémoire :**

**Année 2015**

**Note aux lecteurs :** « *Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur* »

Je tiens en premier lieu à remercier mon directeur de mémoire pour ses conseils avisés, son aide lors des moments de doute et sa disponibilité.

Je tiens à remercier les professionnels qui ont bien voulu m'accorder leur temps, sans eux ce travail n'aurait pas pu aboutir.

Mes remerciements s'adressent aussi à ma cadre de suivi pédagogique qui grâce à sa bienveillance m'a permis d'avancer jusqu'au diplôme d'état.

Enfin je tiens à remercier ma famille et mes proches qui ont su me soutenir lors des moments de doutes.

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>Motivation, intérêt pour le sujet</b> .....	<b>1</b>
<b>Situation de départ et questionnement</b> .....	<b>2</b>
<b>Question de départ</b> .....	<b>3</b>
<b>Plan</b> .....	<b>3</b>
<b>1. CADRE THEORIQUE</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1. Exploration des notions essentielles du sujet de recherche</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2. Argumentation du schéma choisi</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3. Cadre conceptuel</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3.1. L'urgence</b> .....	<b>5</b>
1.3.1.1. Notion d'urgence .....	5
1.3.1.2. Responsabilité face à l'urgence .....	6
1.3.1.3. Prise en charge du suicidant dans un contexte d'urgence .....	6
<b>1.3.2. Représentation</b> .....	<b>7</b>
1.3.2.1 Définition des représentations sociales.....	7
1.3.2.2. Les produits des représentations sociales .....	8
1.3.2.3. La représentation du soignant aux urgences.....	9
1.3.2.4. La représentation du patient suicidant aux urgences .....	10
<b>1.3.3. Disponibilité</b> .....	<b>11</b>
1.3.3.1. Disponibilité physique et psychique du soignant .....	11
1.3.3.2. Le stress .....	12
1.3.3.3. L'expérience aux urgences .....	13
<b>2. QUESTION DE RECHERCHE</b> .....	<b>15</b>
<b>3. HYPOTHESE</b> .....	<b>15</b>
<b>4. PROPOSITION DE L'OUTIL D'ENQUETE</b> .....	<b>16</b>
<b>4.1. Choix et argumentation de l'outil</b> .....	<b>16</b>
<b>4.2. Outil d'enquête</b> .....	<b>16</b>
<b>4.3. Public cible</b> .....	<b>16</b>
<b>5. ANALYSE DES ENTRETIENS</b> .....	<b>17</b>
<b>5.1. Présentation générale de mes entretiens</b> .....	<b>17</b>
<b>5.2. Hypothèse théorique autour des représentations sociales</b> .....	<b>17</b>
<b>5.3. Hypothèse opérationnelle numéro une</b> .....	<b>19</b>
<b>5.4. Hypothèse opérationnelle numéro deux</b> .....	<b>21</b>
<b>5.5 Facteurs influençant la disponibilité accordée au suicidant</b> .....	<b>24</b>
<b>6. VERIFICATION DES HYPOTHESES</b> .....	<b>25</b>

<b>CONCLUSION</b> .....	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>1</b>
<b>ANNEXE I : Référentiel méthodologique du travail de recherche.</b> .....	<b>I</b>
<b>Annexe II : Synthèse des entretiens</b> .....	<b>III</b>
<b>ANNEXE III : Guide d’entretien</b> .....	<b>I</b>
<b>Entretien numéro 1</b> .....	<b>II</b>
<b>Entretien numéro 2</b> .....	<b>VIII</b>
<b>Entretien numéro 3</b> .....	<b>XIV</b>
<b>Entretien numéro 4</b> .....	<b>XXIII</b>

# INTRODUCTION

## **Motivation, intérêt pour le sujet**

De nos jours dans l'organisation moderne des soins le Service d'Accueil des Urgences (S.A.U) reste un lieu à part, un noyau central de la coordination et de la prise en charge des soins dans une institution. Chaque jour de nombreuses personnes transitent aux seins des urgences qui représentent un premier lieu d'accueil, de réponse à l'urgence sociale, mais, qui génère de l'anxiété pour les patients. C'est aussi un service source de stress pour les soignants (et les patients) à cause de l'affluence, mais également compte tenu des savoirs qu'il faut mobiliser à bon escient et la responsabilité qu'entraîne ce service.

J'ai choisi d'aborder le thème des urgences car depuis plusieurs années je suis intéressée par ce milieu, j'ai plusieurs fois eu l'envie d'être à la place de ceux qui y travaillent, aussi, je me suis souvent questionnée sur les conditions de travail du personnel, comment les soignants abordaient les différents motifs d'hospitalisation, la prise en charge des patients... J'ai voulu traiter d'un sujet qui parle des urgences car mon intérêt pour ce service a mûri au fil de la formation et j'ai compris que je voulais en faire mon projet professionnel afin d'exercer un jour dans ce service et pourquoi pas avec le temps intégrer une équipe mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

L'origine de mon questionnement a eu lieu lors de mon stage du semestre 4 aux urgences. J'ai en effet remarqué que les soignants aux urgences ont ce qu'on appelle « une double responsabilité » puisqu'ils doivent être en mesure de gérer l'urgence somatique ainsi que l'aspect psychique et relationnel bien souvent dans un contexte de stress et de forte affluence. J'ai alors décidé d'axer mon travail de fin d'étude sur la prise en charge d'adultes aux urgences ayant fait une tentative d'autolyse, afin d'approfondir mes connaissances sur le sujet et de savoir à l'avenir en tant que future professionnelle de santé, comment prendre en charge les patients en souffrance psychologique. Cela a suscité en moi plusieurs questions car face à ce type de prise en charge je me suis sentie démunie, je ne savais pas quelle attitude avoir, ni quel discours adopter par crainte de blesser le patient.

Par ailleurs, comme j'ai pu le constater face à un contexte de forte affluence et de stress lorsque le processus vital est engagé, les soignants priorisent à juste titre en premier lieu l'urgence physique au détriment de l'aspect relationnel qui nécessite peut-être plus de temps.

Ainsi, pour être le plus compétent et responsable possible, ces professionnels étaient obligés de minimiser le temps accordé aux patients. Pour autant le patient n'est pas responsable de cette affluence, et il se peut qu'il souffre d'un manque de soutien psychologique et psychique. Ne vaut-il pas mieux alors orienter le patient vers un autre service qui pourrait le prendre en charge dans un contexte plus calme, plus sécurisant où l'infirmière aurait peut-être plus de temps ? Ce sont ces interrogations préliminaires de mon vécu d'étudiante aux urgences qui m'ont amenée à vouloir mettre en évidence ce sujet, qui était flou pour moi.

### **Situation de départ et questionnement**

Pour lancer mon sujet d'étude, j'ai fait le choix de décrire une situation que j'ai pu observer durant ma quatrième semaine de stage du semestre 4.

Ce jour-là, les pompiers amènent une femme de 40 ans ayant fait une intoxication médicamenteuse volontaire associée à une consommation d'alcool. Les pompiers nous rapportent la raison de son geste qui serait dû à une situation familiale complexe (divorce difficile, perte de la garde de son fils) et sociale (précarité sociale depuis quelques mois). Après avoir reçu ces informations nous la transférons immédiatement dans un box, la salle de déchoquage étant complète, mais elle ne dit toujours rien, restant mutique depuis son arrivée. Ainsi après le passage du médecin dans le box qui nous demande de la perfuser afin de lui administrer des thérapeutiques, l'infirmière lui explique ce qu'elle va faire. Madame A commence alors à s'agiter et nous tient les propos suivants : « Ne me touchez pas, laissez-moi mourir, je souffre trop vous comprenez, j'ai tout perdu... ». L'infirmière lui dit alors « Tout va bien madame, on va trouver une solution » mais la patiente se montre toujours agitée. Alors l'infirmière me dit de rester avec elle car elle va préparer le chariot pour perfuser. Elle revient quelques minutes plus tard avec un aide-soignant et réexplique à madame A dans quel but on pose la perfusion et comment va se dérouler le soin. Mais la patiente s'agite de plus en plus et nous sommes obligés avec l'aide-soignant de lui tenir les mains pour que l'infirmière puisse la perfuser. Une fois le soin terminé, elle cesse de s'agiter, se met à pleurer ; nous quittons alors le box.

J'ai choisi d'analyser plus particulièrement la tentative de suicide et non le comportement induit par l'alcoolisation. Effectivement l'alcool peut augmenter les représentations négatives du soignant cependant j'ai fait le choix de ne pas traiter ce symptôme-là dans mon travail de recherche puisque ce n'est pas le même sujet. Cette

situation a en effet suscité chez moi beaucoup d'interrogations durant ma formation, notamment au niveau de la complexité de la prise en charge. Je me suis alors posée plusieurs questions à l'issue de cette situation :

- L'infirmière pourrait-elle avoir d'autres choix que la contention physique ?
- Quelle attitude faut-il adopter face à un patient qui refuse le soin puisqu'il veut mettre un terme à ses jours ?
- Je me suis aussi demandée si la représentation que renvoie le patient qui vient de faire une tentative d'autolyse peut interpeller le soignant sur ses propres représentations, son propre vécu ?
- Pourquoi à travers cette situation la prise de contact avec ce patient est difficile ? Quels sont les facteurs qui influencent cette prise de contact ?
- L'expérience professionnelle pourrait-elle jouer un rôle pour aider le patient à verbaliser son mal-être ?
- Se pourrait-il que l'expérience améliore la disponibilité accordée au patient ayant fait une tentative d'autolyse ou au contraire est-ce que cette disponibilité serait-elle diminuée du fait peut-être d'une certaine banalisation de ce genre de situation ?

### **Question de départ**

Cette situation m'amène à poser la question de départ suivante :

**« Aux urgences quelle est la disponibilité accordée par l'infirmier dans la prise en charge des tentatives d'autolyse ? »**

### **Plan**

Tout d'abord sera exposé le cadre théorique de mes recherches, où les notions essentielles du sujet seront exploitées. Ensuite, j'expliquerai le choix du schéma choisi pour ce travail. Dans un second temps, je développerai le concept de l'urgence, puis celui des représentations sociales et pour finir j'aborderai le concept de disponibilité. Après avoir développé le cadre conceptuel, j'exposerai ma question de recherche et l'hypothèse théorique qui en découle. J'ai par la suite réalisé quatre entretiens dont je vous propose l'analyse et j'indique pour finir les limites de mon sujet.



# 1. CADRE THEORIQUE

## 1.1. Exploration des notions essentielles du sujet de recherche

La notion de tentative d'autolyse peut être dégagée dans la question de départ. Cependant, il ne s'agit pas ici d'un concept. Cette notion me paraissant malgré tout importante dans ce travail de recherche, je vais donc la définir comme un mot-clef. Le suicidant se qualifie comme toute personne ayant fait une tentative de suicide. Cela peut donc se définir comme « *tout acte ayant pour but de mettre consciemment sa vie en jeu, soit de manière objective, soit de manière symbolique mais qui n'aboutit pas à la mort<sup>1</sup>* ». Le suicide se démarque de la tentative de suicide puisqu'il se définit par un acte délibéré d'autodestruction dont résulte la mort<sup>2</sup>.

J'ai trouvé pertinent de commencer ce cadre conceptuel en développant le concept de l'urgence. Par la suite, je développerai le concept des représentations sociales, qui résulte de ma situation de départ avec Mme A. Pour finir, je parlerai de la disponibilité du soignant dans le service des urgences qui peut varier selon certains facteurs.

## 1.2. Argumentation du schéma choisi

Je choisis de construire mon travail de fin d'étude en m'appuyant sur le schéma 2 présent dans le référentiel méthodologique du travail de recherche<sup>3</sup>. Ce schéma me semble le plus adapté puisqu'il s'agit de l'étude des facteurs qui pourraient influencer la disponibilité accordée par l'infirmier aux urgences devant un patient ayant réalisé une tentative d'autolyse. Lors de cette période d'investigation préliminaire, j'ai pu constater qu'il existait de nombreuses publications variées (livres, revues, articles de recherches, lois), relatifs aux mots-clefs qui sont présents dans ma question de départ, c'est pour cela que j'ai choisi de prendre le schéma 2, ce qui m'a permis par ailleurs d'affirmer ou d'infirmer mes hypothèses théoriques sur le terrain.

---

<sup>1</sup> NAUDIN D, PAILLARD F, LOSSER M-R. 2011. *Soins d'urgence et de réanimation*. Paris : Elsevier Masson. p.98.

<sup>2</sup> COURTET Philippe. 2010. *Suicide et tentatives de suicides*. Paris : Flammarion. p.23.

<sup>3</sup> Annexe I : Référentiel méthodologique du travail de recherche.

## 1.3. Cadre conceptuel

### 1.3.1. L'urgence

#### 1.3.1.1. Notion d'urgence

Pour mieux comprendre comment fonctionne le service des urgences il semble important de définir ce qui relève de l'urgent. D'après P. VALETTE médecin urgentiste «... est urgent en médecine, ce qui n'est pas programmé<sup>4</sup> ».

La circulaire de la direction des hôpitaux du 14 Mai 1991<sup>5</sup> définit les urgences comme étant : « *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* ». Les urgences sont d'après cette circulaire un lieu accueillant tous types d'urgences qui seront par la suite triées par l'infirmière d'accueil et d'orientation selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU)<sup>6</sup>. Cette échelle permettant aux soignants de pouvoir codifier le degré de priorité des urgences. Ainsi aux urgences il existe une classification permettant de traiter les différents types d'urgence qu'elle soit physique ou psychique afin d'y apporter une réponse adéquate dans les plus brefs délais.

N. AUBERT professeur émérite au département Stratégie Hommes et Organisation définit cette notion sous un autre angle. Selon elle « *L'urgence désigne à la fois, d'abord une situation (urgence contextuelle), ensuite un jugement porté sur une situation (urgence subjective) et enfin une action tendant, en fonction de ce jugement à remédier à cette situation (réaction immédiate)*<sup>7</sup> ». Cela sous-entend que lorsqu'une situation est interprétée comme urgente, une réponse immédiate est mise en place. A travers cette définition on remarque toute l'importance d'un personnel soignant formé pour faire face à tous types d'évènements puisque l'urgence dite subjective est perçue différemment d'un individu à l'autre. Donc la réaction instantanée qui en découle doit être adaptée à la pathologie de la personne soignée, ce qui permet à l'infirmier urgentiste de mobiliser ses capacités permettant ainsi de mettre en place une prise en charge adaptée à la situation rencontrée.

---

<sup>4</sup> VALETTE Pierre. 2013. *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*. Paris : Puf., p.60.

<sup>5</sup> Circulaire DH.4B/D.G.S. 3E/91 – 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation.

<sup>6</sup> ELBAUM Mireille. janvier 2003. «*Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale* ». DRESS étude et résultats, n° 212. p.5.

<sup>7</sup> AUBERT Nicole. *Le culte de l'urgence*. Paris : Flammarion. 2003. pp.36-37.

Ainsi le caractère des situations les plus diverses et variées font appel à une pluri-compétence de l'infirmière d'accueil des urgences. La gestion des flux, le choix des réponses immédiates contraignent l'infirmière à une perspicacité toujours en éveil et demandent beaucoup de responsabilités.

### 1.3.1.2. Responsabilité face à l'urgence

La notion d'urgence renvoie donc l'infirmier à ses responsabilités face aux malades. Ainsi le dictionnaire Larousse définit le terme responsabilité comme «...une obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actes ou celles des autres<sup>8</sup> ».

Dans un contexte d'urgence l'infirmier doit prendre les bonnes décisions vis-à-vis du patient et être garant de ses actes. De plus, la prise d'un poste aux urgences après l'obtention du diplôme renvoie le jeune professionnel face à des responsabilités importantes puisque la formation initiale ne prépare pas à cette complexité de prise en charge relationnelle dans un contexte d'urgence. Elle ne prépare pas forcément à cette diversité des situations rencontrées, ainsi qu'à la pénibilité des conditions de travail. L'infirmier aux urgences a sur ses épaules beaucoup de responsabilités puisqu'il doit être en mesure de repérer les dysfonctionnements organiques et psychiques et agir au plus vite. Il doit aussi être en mesure d'avoir un œil sur l'ensemble des patients qu'il a en charge ce qui n'est pas toujours évident lorsqu'il y a beaucoup de patients aux urgences, et/ou lorsque certains patients nécessitent une attention plus particulière. C'est pour cela qu'il n'est pas toujours évident pour les soignants d'être concentrés dans un contexte de forte affluence, ce qui peut engendrer du stress chez le soignant et donc perturber la prise en charge. Nous avons vu précédemment ce qu'était l'urgence et la responsabilité du soignant dans un contexte d'urgence. Nous allons maintenant parler de la prise en charge du suicidant.

### 1.3.1.3. Prise en charge du suicidant dans un contexte d'urgence

En France on recense entre 176 000 et 200 000 tentatives de suicide par an<sup>9</sup> qui sont prises en charge par les urgences hospitalières. L'infirmier dans ce contexte d'urgence a un rôle prépondérant puisqu'il doit être en mesure d'évaluer rapidement la prise en charge à effectuer, le niveau de souffrance et d'intentionnalité de l'acte. Aux urgences en cas de

---

<sup>8</sup> <<http://www.larousse.fr/>>. Consulté le 30/12/2014.

<sup>9</sup> <<http://www.sante.gouv.fr/>>. Consulté le 02/01/2015.

tentative d'autolyse, l'infirmier doit en premier lieu prioriser l'urgence somatique afin de stabiliser les troubles présents l'urgence psychique étant abordée par la suite. L'infirmier peut se trouver parfois en difficulté face à cette notion d'urgence que représente le patient suicidant notamment lorsqu'il y a une forte affluence.

« En 2012, près d'un sixième de la population française, est venue se faire soigner, parfois à plusieurs reprises dans l'année, dans les services d'urgences hospitalières, ce qui représente l'équivalent de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans »<sup>10</sup>. Si on compare le nombre de patients venant pour tentative d'autolyse avec le nombre de personnes venues se faire soigner aux urgences on peut constater que les tentatives de suicide ne sont pas un motif fréquent d'hospitalisation, ce qui peut donc rendre cette prise en charge complexe. Par ailleurs, selon le rapport annuel de la Cour des Comptes, l'essor important de l'affluence aux urgences s'expliquerait par un glissement du motif premier de l'accueil aux urgences c'est-à-dire la prise en charge d'urgences non programmée grave. Cette modification de consommation des besoins de santé augmente donc le nombre de personnes transitant aux urgences, ce qui entraîne chez les soignants une surcharge de travail les soumettant beaucoup plus au stress à court ou long terme.

Outre cette notion de stress et d'affluence, nous pourrions nous interroger sur le rôle des représentations par rapport à ce type de patient et nous pourrions nous demander si justement ces représentations ne sont pas renforcées lorsque les soignants sont dans un état de stress en raison d'une forte affluence. C'est ce que nous allons voir dans le chapitre suivant.

### **1.3.2. Représentation**

#### 1.3.2.1 Définition des représentations sociales

Le concept de représentations sociales est né d'une approche sociologique des représentations collectives énoncées par E. DURKHEIM à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Par la suite plusieurs écoles de pensées se sont créées. P. MANNONI reprend dans son livre la définition de D. JODELET (1989) pour étayer son argumentation. Selon elle, la représentation sociale « est une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée

---

<sup>10</sup> Sécurité sociale. Cour des comptes. 2014 « Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser ». p.351.

*pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social*<sup>11</sup> ». Cela signifie que les représentations sociales seraient un ensemble de savoir commun servant de base à tous les individus du même groupe qui orienteraient donc notre savoir.

D'après P. MANNONI docteur en philosophie « *les représentations sociales sont à la base de notre vie psychique*<sup>12</sup> » puisqu'elles permettent à l'Homme de se repérer dans son environnement physique et humain. Ainsi cela signifie que chaque individu a des représentations sociales qui lui permettent de se repérer, qu'elles soient positives ou négatives. En définitive ce que l'on peut dégager de ses deux définitions c'est que les représentations sociales font parties de chaque individu et qu'elles agissent sur notre manière de penser, de nous représenter la réalité. Elles permettent aussi d'orienter et d'organiser nos comportements en société. Nous avons ainsi montré que chaque individu possédait des représentations sociales. Parfois l'Homme peut avoir recours aux produits des représentations sociales que sont : les stéréotypes ou les aprioris et c'est ce que nous allons étudier à présent.

#### 1.3.2.2. Les produits des représentations sociales

Il est important de rappeler qu'une représentation sociale a toujours un sujet et un objet et qu'elle s'élabore principalement à partir d'images, de souvenirs collectifs, de clichés, de réminiscences personnelles et « d'idées reçues ». Nous allons maintenant parler des stéréotypes et des jugements de valeurs que pourraient éventuellement avoir les soignants et qui influenceraient la prise charge du patient.

C. CURCHOD explique que les soignants qui accueillent les patients peuvent être guidés par des stéréotypes qui vont « *...leur permettre de pouvoir anticiper et d'être efficace*<sup>13</sup> » dans la prise en charge du patient. Par exemple savoir qu'un patient a des antécédents de tentatives d'autolyse va permettre au soignant d'être plus attentif à l'environnement du patient et de ce fait être plus efficace dans sa prise en charge. Il sous-entend alors que les stéréotypes n'ont pas forcément une incidence négative. Les stéréotypes sont donc en d'autres termes des produits de notre pensée qui sont élaborés inconsciemment par un groupe et qui reflètent à un moment donné, le point de vue de ce groupe envers des faits, des situations ou des personnes. Les stéréotypes nous permettent ainsi de pouvoir dans

---

<sup>11</sup> MANNONI Pierre. 2001. *Les représentations sociales*. Paris: Puf. p.5.

<sup>12</sup> Ibidem. p.5.

<sup>13</sup> CURCHOD C. 2009. « *Relations soignants- soignés, prévenir et dépasser les conflits* ». Elsevier Masson : Issy- les-Moulineaux. p.32.

des cas précis « ...classer, ordonner les individus et les groupes pour donner un sens au monde qui nous entoure<sup>14</sup> ».

A l'inverse le jugement de valeurs a lui une consonance plus négative. C. CURCHOD explique que l'utilisation du jugement de valeurs peut cependant permettre au soignant de prendre de la distance vis-à-vis d'un patient difficile ce qui peut être la résultante d'un échec de tentative de communication avec le patient. Ainsi il est possible que le soignant ait effectivement des stéréotypes et émette parfois un jugement de valeur ce qui va être pour lui un mécanisme de défense pour se protéger. Maintenant que nous avons abordé l'aspect théorique de ce concept, nous allons étudier comment l'infirmier est perçu aux urgences.

### 1.3.2.3. La représentation du soignant aux urgences

Le but ici n'est pas de connaître les représentations des soignants à l'encontre du suicidant mais plutôt de comprendre et de savoir comment est perçu l'infirmier aux urgences. N'ayant trouvé qu'un seul article qui fait référence à la représentation du soignant aux urgences, j'ai fait le choix de faire une petite enquête exploratoire autour de mon environnement familial et professionnel afin de savoir ce que ces personnes percevaient en terme de représentation par rapport à cette profession aux urgences.

J'ai donc choisi de les interroger sur une question précise à savoir, quelle image avez-vous d'un infirmier aux urgences ? Du côté de mon environnement professionnel, j'ai pu dégager plusieurs mots assez forts apparaissant plusieurs fois et définissant l'infirmier aux urgences à travers leur perception professionnelle. Certains pensent que l'infirmier travaillant aux urgences est dans l'attente de « la vraie urgence » expliquant que c'est « un cowboy » ; d'autres au contraire le qualifient comme quelqu'un de réactif, rapide, efficace qui se contrôle face au stress, qui est polyvalent et organisé mais qui manque de disponibilité auprès du patient faute de temps.

J'ai pu constater que l'infirmier aux urgences est perçu par le « *grand public* » comme une personne qui « *court tout le temps* », qui « donne beaucoup de sa personne », à l'écoute, qui sert de relais avec le médecin et qui est dans l'optique de rassurer le patient anxieux en le tenant informé de l'avancée de sa prise en charge.

---

<sup>14</sup> <<http://portail.discrim.fr/menu-discrimination/representation-prejuges>>. Consulté le 09/04/2015.

N. MORENO-DÁVILA psychiatre, explique à travers son article que les soignants aux urgences sont « *...formés à lutter pour la vie<sup>15</sup>* » et l'acte suicidaire en lui-même est un geste qui leur « *...envoie un signal fort de perte d'espoirs et d'absences de perspectives futures<sup>16</sup>* ». L'explication du psychiatre N. MORENO- DÁVILA sur ce point-là, est donc similaire à ce que les étudiants infirmiers m'ont apporté comme réponse à travers cette enquête exploratoire. Les représentations du soignant aux urgences sont donc totalement différentes puisqu'en effet, d'un côté l'infirmier est là pour promouvoir la vie tandis que le suicidant, lui, peut heurter les représentations de l'infirmier en envoyant un sentiment d'impuissance aux soignants. C'est ce que nous allons tenter de comprendre dans le prochain chapitre.

#### 1.3.2.4. La représentation du patient suicidant aux urgences

Pour mieux appréhender la représentation du patient suicidant aux urgences il me semble pour cela nécessaire d'aborder les représentations sociales vis-à-vis du suicide. La question du suicide perturbe la population puisqu'en effet une étude<sup>17</sup> montre que 72 % des personnes se sentent mal à l'aise par rapport à cette question. Ce sondage renvoie donc à un problème sociétal que sont « le tabou » ou « les non-dits » présents depuis des siècles. En effet le fait de vouloir se donner la mort à l'époque, allait à l'encontre de la religion chrétienne qui avait pour but de défendre « *...le sacré de la vie<sup>18</sup>* » Pour certains le fait de vouloir se donner la mort est perçu comme un acte de « lâcheté<sup>19</sup> » face aux difficultés de la vie et pour d'autres cela représente un acte de « bravoure<sup>20</sup> ». ».

Comme nous l'avons expliqué précédemment, le suicidant aux urgences renvoie un signal de perte d'espoir aux soignants. Dans son article, C. BOURRIER<sup>21</sup> explique que « *...le suicidant met à mal notre raison d'être professionnelle* » puisque « *par son acte il vient signifier qu'on ne peut rien pour lui* ». Ainsi le suicidant est perçu comme un individu ayant perdu l'espoir de vivre et de ce fait, il entre en conflit avec les représentations sociales de

---

<sup>15</sup> MORENO-DÁVILA N. 2010. « *Le suicidant, sa famille et son médecin* ». Thérapie Familiale. Médecine & Hygiène : Chêne-Bourg. n°4 p.439.

<sup>16</sup> Ibidem. p.439.

<sup>17</sup> COURTET Philippe. 2013. *Suicide et environnement social*. Paris : Dunod. p.13.

<sup>18</sup> NARAYANASSAMY E, FRIEDMAN S. 2006. « *Projet d'ouverture d'un service d'accueil des suicidants* ». Soins psychiatrie, n°246. p.20-21.

<sup>19</sup> COURTET Philippe. 2013. *Suicide et environnement social*. Paris : Dunod. p.13.

<sup>20</sup> Ibidem, p.13.

<sup>21</sup> BOURRIER C. 2010. « *Vécu des soignants dans la prise en charge du suicidant* ». La revue de l'infirmière, n°159 .Elsevier Masson : Paris. p.25-27.

l'infirmier aux urgences. Ainsi les représentations sociales du soignant et du suicidant semblent entrer en conflit au moment de l'hospitalisation. Ils ne possèdent pas la même « image de la vie ». Ces représentations pourraient ainsi avoir une incidence sur la disponibilité accordée au suicidant.

### 1.3.3. Disponibilité

#### 1.3.3.1. Disponibilité physique et psychique du soignant

Le mot disponibilité est un terme vague difficile à définir. Pour certains il se définit comme « *le fait pour quelqu'un d'avoir du temps libre* ». Or pour d'autres, cela correspond au « *... fait d'être ouvert à beaucoup de choses* » selon le LAROUSSE<sup>22</sup>. Cela renvoie donc à deux types de définitions : la disponibilité physique et la disponibilité psychique du soignant.

Pour mieux comprendre comment peut se définir la disponibilité intéressons-nous à ce que peut signifier le fait d'écouter et d'être à l'écoute pour le patient. Ecouter peut être perçu comme quelque chose d'aisé, or, ce n'est pas le cas, cela nécessite « *...un véritable apprentissage*<sup>23</sup> ». Ainsi il convient de dire qu'écouter ne serait-ce que quelques minutes un patient sans l'interrompre et sans penser à soi-même reste difficile. Bien souvent le soignant peut se croire à l'écoute, alors qu'en réalité il ne l'est que partiellement puisqu'il va écouter tout en cherchant par exemple à anticiper ses réponses et ses questions auprès du patient ou bien penser au prochain patient et aux actes à effectuer. Avec cette posture le soignant n'offre ainsi au patient « qu'une présence physique », si psychiquement son écoute est parasitée par des facteurs intrinsèques et extrinsèques.

C. BOURRIER<sup>24</sup>, psychologue clinicienne convient que ce n'est pas une tâche aisée que d'être à l'écoute du patient suicidant et explique que parfois les soignants peuvent avoir une attitude de rejet inconscient envers ces patients afin de se protéger eux-mêmes de la symbolisation de l'acte. Elle explique par ailleurs, que l'empathie serait la meilleure technique pour faire face au discours du suicidant lui permettant d'être à la juste distance.

---

<sup>22</sup> Le petit Larousse illustré. 2001. Paris : Larousse. p.339.

<sup>23</sup> CURCHOD C. 2009. « *Relations soignants- soignés, prévenir et dépasser les conflits* ». Elsevier Masson : Issy- les-Moulineaux. p.60.

<sup>24</sup> BOURRIER C. 2010. « *Vécu des soignants dans la prise en charge du suicidant* ». La revue de l'infirmière, n°159. Elsevier Masson : Paris. p.25-27.



Selon C. CURCHOD infirmier, pour que la disponibilité soit aussi physique il serait aussi nécessaire que le soignant adopte « *une posture physique à la fois confortable...* » pour lui et « *...qui soit indicatrice de sa disponibilité*<sup>25</sup> ». Ainsi se montrer disponible revêt deux facettes, elle nécessite l'implication psychique à travers un travail d'écoute et une disponibilité physique congruente du soignant. Il est pour cela nécessaire de prendre le temps de parler au patient, en se concentrant sur son histoire, en évitant un discours trop généraliste qui permettra peut-être par la suite l'instauration d'une relation de confiance. Cependant si on resitue le terme de disponibilité dans un service comme les urgences, il ne semble pas toujours évident pour le soignant d'avoir le temps d'être entièrement à l'écoute physiquement et psychiquement lorsqu'il y a de l'affluence, surtout si cela génère du stress chez le soignant. C'est ce que nous allons étudier dans le prochain chapitre.

### 1.3.3.2. Le stress

Dans le langage courant, le stress est associé à l'anxiété, la dépression, la fatigue, et est défini par le Larousse comme un « *Etat réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque* »<sup>26</sup>. H. SELYE, pionnier de la recherche sur l'approche neuropsychologique du stress, définit celui-ci comme « *La réponse non spécifique de l'organisme à toute sollicitation* »<sup>27</sup>. Son approche a pu démontrer que le stress avait un impact sur la santé. Cela voudrait dire que toute situation spécifique pourrait éventuellement entraîner du stress, et donc que nous devrions tous en éprouver devant les mêmes situations. Ce n'est cependant pas toujours le cas, car les situations de stress peuvent être différentes d'un individu à l'autre.

SARAFINO n'a pas la même approche et explique que pour lui le stress est « *La résultante de transactions, entre la personne et l'environnement, qui conduisent l'individu à percevoir une discordance, réelle ou imaginée, entre les demandes d'une situation et les ressources de ses propres systèmes biologiques, psychologiques et sociologiques* »<sup>28</sup>. Ainsi, c'est l'interprétation que la personne donne à la situation qu'il vit qui va la rendre stressante, ou non. De ce fait dans cette définition le stress n'est plus assimilé à un stimulus qui le

---

<sup>25</sup> CURCHOD C. 2009. « *Relations soignants- soignés, prévenir et dépasser les conflits* ». Elsevier Masson : Issy- les-Moulineaux. p.60.

<sup>26</sup> < <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress/74848>>. Consulté le 05/02/15.

<sup>27</sup> SELYE Hans. 1975. *Le stress de la vie*. Paris : Gallimard. p.21.

<sup>28</sup> PIQUEMAL-VIEU L. Décembre 2001. « *Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier* ». Recherche en soins infirmier, n°67. p.86.

menace de manière objective mais renvoie à la perception que l'individu en a de sa relation avec son environnement.

Ainsi l'étude du stress renvoie aux conditions externes c'est-à-dire le stresser, l'agent producteur de stress. C. DEJOURS définit le stress professionnel comme « *Venant du travail lui-même*<sup>29</sup> » donc dans notre cas cela fait écho aux conditions de travail aux urgences, c'est-à-dire faire face à l'affluence, à la charge de travail et la souffrance des patients. Il explique ensuite que ce stress provient « *Des stressers institutionnels avec le pouvoir administratif, le pouvoir médical, le pouvoir des soignants et les stressers intra personnel*<sup>30</sup> ». Le stress pourrait être possiblement induit par ses différents paramètres et donc il pourrait rendre le soignant moins disponible auprès du patient. Ainsi pour faire face au stress, certains soignants arrivent plus facilement à mettre en place des stratégies de coping, utilisant leurs ressources personnelles, ou leur expérience. C'est ce que nous allons voir dans le chapitre ci-dessous.

### 1.3.3.3. L'expérience aux urgences

Selon l'approche étudiée la notion d'expérience revêt de nombreuses significations. Pour mieux saisir le sens de cette notion, il semble important de le définir. Selon le LAROUSSE l'expérience correspond à « *une connaissance acquise par une longue pratique jointe à l'observation*<sup>31</sup> ». Selon P. BENNER l'expérience ne vient pas uniquement avec le temps, puisque pour elle la signification de l'expérience vient « *...plutôt de l'amélioration des théories et des notions préconçues au travers de la rencontre de nombreuses situation réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie*<sup>32</sup> ».

Le modèle d'acquisition des compétences développé par les frères DREYFUS et ensuite appliqué aux soins infirmiers par P. BENNER met en avant l'importance de l'expérience dans la pratique soignante. En effet le modèle DREYFUS explique que dans l'acquisition et le développement de ses connaissances professionnelles, le soignant passe par 5 stades consécutifs : « *novice, débutant, compétent, performant et expert*<sup>33</sup> ». Bien entendu il ne semble pas pertinent de développer tous les stades de ce modèle d'acquisition des

---

<sup>29</sup> FORMARRIER M, JOVIC L. 2009. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil. p.265.

<sup>30</sup> Ibidem. p.265.

<sup>31</sup> Le petit Larousse illustré. 2001. Paris : Larousse. p.411.

<sup>32</sup> BENNER P. 2010. *De novice à Expert, Excellence en soins infirmier*. Paris : Elsevier Masson. p.35-36.

<sup>33</sup> Ibidem. p.17.

compétences, ainsi le stade de novice et celui d'expert seront uniquement abordé afin de pouvoir comparer l'évolution du soignant entre ces deux stades.

Le novice est par définition un étudiant en soins infirmier ou une infirmière arrivant dans un nouveau service et n'ayant aucune expérience. Ainsi pour compenser leur manque d'expérience « ...des situations auxquelles ils risquent d'être confrontés<sup>34</sup> », les novices s'appuient sur des règles rigides qui guident leurs actes mais aussi sur des connaissances théoriques apprises durant leur formation qui influenceront la prise en charge du patient. Les novices semblent ainsi avoir des difficultés à faire des liens entre la théorie et les situations vécues. Ils ne peuvent pas de ce fait être suffisamment disponibles pour les patients suicidants, car leurs prises en charge ne sont pas suffisamment rapides.

A l'inverse l'expert se définit comme un soignant ayant une grande expérience du terrain, qui est capable d'évaluer chaque situation dans sa globalité lui permettant de ce fait d'avoir une prise en charge efficiente puisqu'il est en mesure d'anticiper, de prioriser ses actions auprès du patient et ainsi d'aller rapidement à la source du problème. Ce statut d'expert est le fruit de nombreuses heures d'observation clinique et pratique auprès des patients. L'expert en raison du nombre de situations similaires vécues sera plus facilement en mesure d'aller rapidement au cœur du problème et donc d'être plus disponible pour le patient suicidant.

Comme nous l'avons expliqué l'expérience peut parfois être aidante, notamment dans le service des urgences pour faire face à l'affluence. Elle permet en effet à l'infirmier d'être plus efficace dans le contrôle de sa charge de travail, mais aussi dans l'analyse des pathologies rencontrées. C. BOURRIER explique cependant que, lors de la prise en charge de patient ayant fait des tentatives d'autolyse, il est important de « *Mettre ses connaissances professionnelles en avant plus que son avis ou son expérience*<sup>35</sup> ». En définitive elle explique que cela permettra au soignant et au soigné d'être à la bonne distance l'un par rapport à l'autre. L'auteur explique ainsi que l'expérience pourrait entraîner une certaine banalisation de la situation si le professionnel y avait recours. Pour conclure ce chapitre l'expérience peut

---

<sup>34</sup> BENNER P. 2010. De novice à Expert, Excellence en soins infirmier. Paris : Elsevier Masson. p.23-24.

<sup>35</sup> BOURRIER Céline. 2010. « *Vécu des soignants dans la prise en charge du suicidant* ». La revue de l'infirmière, n°159. Paris : Elsevier Masson. p.25-27.

effectivement aider le soignant à se rendre plus disponible pour le suicidant en comparaison avec un novice ou au contraire créer une certaine banalisation des situations rencontrées.

## **2. QUESTION DE RECHERCHE**

Au cours de ce travail qui traite de la disponibilité de l'infirmier face aux patients suicidants aux urgences, j'ai pu affirmer grâce au développement des concepts que la notion de stress en cas de forte affluence pouvait rendre le soignant parfois moins disponible en raison d'une charge de travail importante. J'ai par la suite défini les représentations sociales des soignants et des suicidants, et j'ai expliqué que leurs représentations pouvaient être opposées. J'ai cherché par la suite à comprendre ce qu'était la disponibilité et quels pouvaient être les facteurs influençant la disponibilité du soignant auprès du suicidant. Ce qui m'a amené à poser la question de recherche suivante :

**Quels sont les paramètres influençant la disponibilité accordée par l'infirmier aux urgences auprès des suicidants ?**

## **3. HYPOTHESE**

Ma question de recherche s'intéressant aux paramètres influençant la disponibilité accordée par l'infirmier aux urgences auprès du suicidant, mon hypothèse théorique est la suivante :

**« Aux urgences, les représentations sociales du soignant sur le patient suicidant influenceraient la relation de soin ».**

Cette hypothèse théorique me conduit à émettre deux hypothèses opérationnelles :

- **La notion de stress due à l'affluence participerait à augmenter les représentations négatives du soignant concernant le patient suicidant, ce qui le rendrait moins disponible.**
- **L'expérience du soignant pourrait diminuer la notion de stress ce qui participerait à diminuer les représentations négatives et permettrait au soignant d'être plus disponible pour le patient suicidant.**

## **4. PROPOSITION DE L'OUTIL D'ENQUETE**

### **4.1. Choix et argumentation de l'outil**

Ayant pour projet de recueillir des données empiriques, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs dans le but d'obtenir des informations nuancées, mais aussi d'apprécier le ressenti des professionnels par rapport à mon sujet. Par ailleurs, j'ai trouvé que cet outil paraissait le plus adapté avec mon sujet, puisqu'aborder les représentations par des questions ne m'aurait pas permis d'avoir les réponses souhaitées. C'est donc un outil qui m'a permis à la fois de rencontrer directement les professionnels du terrain, et de pouvoir réexpliquer, reformuler une question pour avoir un éclaircissement durant l'entretien tout en permettant de pouvoir rebondir sur un point. L'étude qualitative m'a semblé être le choix le plus pertinent.

### **4.2. Outil d'enquête**

Partant sur des entretiens semi-directifs comme outil d'enquête j'ai voulu au départ effectuer 3 entretiens, mais finalement j'en ai réalisé 4, afin d'avoir un maximum d'informations à analyser en fonction des différentes structures que j'ai interviewé. Chaque entretien est composé de 12 questions qui abordent l'ensemble des concepts cités ainsi que les facteurs entrant en jeu lors de cette prise en charge, et ce sur une durée de 10-15 minutes.

### **4.3. Public cible**

La population concernée par cette recherche est l'ensemble des infirmiers travaillant aux urgences. L'échantillon est composé de 4 infirmiers travaillant aux urgences. A noter que les professionnels interviewés ne proviennent pas tous du même établissement. En effet j'ai voulu à travers mes différents entretiens savoir si le lieu d'exercice à savoir la grandeur de l'établissement avait une influence sur la prise en charge du suicidant. J'ai ainsi effectué mes entretiens dans une petite ville l'hiver mais avec une forte population l'été, une ville de taille moyenne et une grande ville. J'ai cherché aussi à comprendre l'organisation des urgences à savoir si c'était des SAU (Service d'Accueil des Urgences) ou UPATOU (Unité de Proximité, de Traitement et d'Orientation des Urgences). Enfin, un professionnel possédant peu d'expérience dans le service a été interrogé, en comparaison avec des professionnels ayant plus d'expérience du service le but étant de savoir si l'expérience a une incidence sur la prise en charge du suicidant.

## 5. ANALYSE DES ENTRETIENS

L'analyse m'a permis d'extraire les idées majeures évoquées par les différents infirmiers durant leurs entretiens. Les propos des uns et des autres ont été regroupés puis analysés en fonction de mes hypothèses.

### 5.1. Présentation générale de mes entretiens

Pour amorcer ce travail il m'a semblé important de retracer à travers un tableau<sup>36</sup> les éléments à prendre en compte pour l'analyse des entretiens. Dans un premier temps on peut aisément constater que sur l'échantillon interviewé, la moyenne d'âge aux urgences est de 28 ans ce qui est relativement jeune. A noter par ailleurs, que lorsqu'on demande aux infirmiers leur expérience professionnelle aux urgences, elle reste assez courte. Nous pouvons en déduire que le personnel soignant aux urgences représente une population jeune, possédant une courte expérience.

### 5.2. Hypothèse théorique autour des représentations sociales

Après avoir écrit mon cadre théorique j'ai été amené à penser que les représentations sociales du soignant pouvaient influencer le soin et c'est ce que je vais tenter de vérifier maintenant. Pour vérifier mon hypothèse théorique je vais reprendre les questions qui traitent des représentations sociales :

6. D'après-vous se peut-il qu'une équipe puisse avoir une idée commune concernant un type de profil par exemple : le patient suicidant.
7. Peut-il y avoir une certaine image négative de ce profil de patient ?

Quand fut venu le temps d'analyser les différents entretiens je me suis aperçue, que les infirmiers sondés ont marqué un temps d'hésitation pour répondre à la question 6 montrant que cette question était peut-être délicate à aborder. Ils s'accordent tous de manière univoque sur le fait que certains soignants au sein des urgences puissent avoir une certaine image, un certains « *aprioris* » (terme repris par l'IDE 2,3 et 4) à l'égard sans expliquer que cela était perçu de manière péjorative.

L'IDE 2 explique de façon pertinente que parfois ce sont les situations rencontrées dans un service comme les urgences qui vont conditionner le soignant à voir arriver un personnage type et de ce fait avoir certains aprioris à l'égard du patient suicidant. Ainsi elle

---

<sup>36</sup> Annexe II : Synthèse de mes entretiens

met en avant à travers son explication que les représentations sociales font parties de chaque individu et qu'elles agissent sur notre manière de penser et d'organiser nos comportements en société face à ce type de situation. Au vu de ces réponses, il convient de dire qu'effectivement certains professionnels peuvent avoir une certaine image du suicidant. Est-elle toujours négative ? C'est que nous allons tenter d'identifier maintenant.

Les professionnels interrogés s'accordent tous pour dire qu'effectivement il existe une certaine image négative du suicidant aux urgences. Le motif d'entrée du patient semble avoir une incidence plutôt négative sur le soignant et pourrait leur faire adopter un comportement de fuite comme l'explique l'IDE 1 : le suicidant ne donne pas « *toujours je pense pour certains collègues l'envie d'aller passer du temps avec eux, sachant que derrière on a énormément de travail à effectuer* » (1.47-48). Nous avons vu précédemment que les représentations sociales s'élaborent principalement à partir d'images, de clichés et « d'idées reçues ». Faisant ainsi écho aux produits des représentations sociales que sont les stéréotypes et les jugements de valeurs. Nous avons pu expliquer notamment grâce aux écrits de C. CURCHOD que les stéréotypes chez les soignants n'avaient pas forcément une image négative puisqu'elle leur « *permettait de pouvoir anticiper et d'être efficace*<sup>37</sup> ». Et il expliquait que le jugement de valeurs, les aprioris permettaient au soignant au contraire de prendre de la distance vis-à-vis du patient qui pouvait elle-même être la résultante d'un échec de tentative de communication ou de compréhension du patient.

En ce qui concerne l'image que renvoie le suicidant L'IDE 4 dit qu'il peut y avoir une sorte de jugement « *lorsqu'un patient revient toujours pour le même motif* » (1.35-36) ; l'IDE 2 explique qu'il peut y avoir une image négative de ce type de patient, notamment les personnes qu'ils revoient « *de façon récurrente* » car cela leur renvoie « *aussi un sentiment d'échec* » (1.46-47) ; l'IDE 1 « *pense que cela peut entrer en contradiction avec ce qu'on fait ici aux urgences et... c'est pour ça que je pense que certains n'ont pas envie de rester longtemps dans ces box, car ils nous font comprendre qu'ils veulent... souvent mourir* » (1.48-51). Ces 3 réponses m'amènent à penser qu'effectivement il y a une certaine image négative qui s'installe chez le soignant lorsque ces patients effectuent plusieurs tentatives d'autolyse. Je pense au vu des réponses que cela peut renvoyer au soignant un sentiment d'échec ce qui va majorer leurs aprioris sur ce type de patient. Il me semble aussi important

---

<sup>37</sup> CURCHOD C. 2009. « *Relations soignants- soignés, prévenir et dépasser les conflits* ». Elsevier Masson : Issy- les-Moulineaux. p.60.

de souligner les termes utilisés par l'IDE 1 ci-dessus puisque cela fait directement écho à la définition du psychiatre N. MORENO- DÁVILA sur les représentations sociales des soignants qui entrent en conflit avec celles des suicidants. De ce fait on pourrait penser que l'ensemble de ces éléments peuvent influencer la relation de soin.

La moitié des infirmiers sondés (IDE 3 et 4) mettent en avant le fait que ce n'est pas forcément l'acte en lui-même qui dérange mais plutôt les comportements associés aux gestes qui renvoient une certaine image négative. En effet « *l'alcool* » et « *l'agressivité* » sont des facteurs qui vont avoir tendance à générer chez le soignant un comportement d'agacement, d'énervement. En effet l'IDE 3 explique qu'il ne se montre pas toujours patient avec ces personnes, même s'il essaye d'être soignant au maximum, car ces comportements-là qui le « *...gonfle...* » (l.108) ne donnent pas envie au soignant de rester longtemps avec eux. Ainsi ce n'est pas forcément le suicidant qui renvoie une image négative au soignant mais plutôt les comportements associés qui renforceraient les représentations sociales et donc auraient une influence sur la relation de soin.

### **5.3. Hypothèse opérationnelle numéro une**

Je vais maintenant parler de ma première hypothèse opérationnelle qui traite de la notion de stress qui en raison de l'affluence participerait à augmenter les représentations négatives du soignant concernant le patient suicidant le rendant de ce fait moins disponible. Pour répondre à cette hypothèse opérationnelle j'ai analysé les questions 3 et 5 qui sont :

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>3. La disponibilité accordée par le soignant auprès du suicidant varie-t-elle en fonction de l'affluence et du stress aux urgences ?</li><li>4. Comment définiriez-vous le mot disponibilité ?</li><li>5. Ressentez-vous du stress lorsqu'il y a de l'affluence aux urgences ?<br/>(Si oui) Par conséquent vous sentez-vous moins disponible ?</li></ol> |
|--|

Comme nous l'avons précédemment vu dans le cadre conceptuel, la définition même du stress est différente selon les points de vue des auteurs. L'IDE 3 met en avant le fait que le stress est dépendant du tempérament de la personne ce qui nous renvoie à la définition du stress de SARAFINO qui explique que c'est l'interprétation que la personne donne à la situation qu'elle vit qui va la rendre stressante, ou non. Cet infirmier à travers l'interview ne se qualifie pas comme quelqu'un de stressé mais plutôt comme un soignant étant sous pression lorsqu'il y a de l'affluence aux urgences. Cette explication fait directement écho à la



définition de DEJOURS qui définit le stress professionnel comme venant « *du travail lui-même*<sup>38</sup> ».

L'affluence qui varie en fonction des heures et des jours de la semaine va donc avoir une influence sur le soignant lui-même. En effet lorsqu'il y a beaucoup de monde il peut se sentir dépassé, « *...tendu...* » (1.73), sous « *...pression...* » (1.66) comme l'indique l'IDE 3 en se disant « *j'espère qu'à un moment donné ça va se calmer parce que...* » (1.69) et assimile ces moments-là à du travail « *...un peu à la chaîne* » (1.74-75) rendant ainsi le soignant moins disponible.

Notons aussi que les infirmiers 1,3 et 4 m'ont expliqué que le stress aux urgences était dépendant du poste qu'ils exerçaient au sein même des urgences. Ainsi l'IDE 1 explique que ce n'est pas forcément l'affluence qui génère du stress mais plutôt d'être du côté « *...5-8 et déchoc...* » (1.24) aux urgences où là « *...il y a beaucoup de stress* » (1.25). L'IDE 4 renforce ce qu'a tenté de m'expliquer l'IDE 4 en disant que cela « *dépend du poste qu'on a* » (1.21) et que l'accueil est source de stress puisqu'il faut être capable « *d'avoir un œil sur tout le monde* » (1.24). L'IDE 3 dit que cela lui met « *...la pression...* » (1.66) quand il est « *... tout seul à trier tout le monde et si à un moment donné ça rentre plus vite que toi tu peux voir les gens...* » (1.67-68).

Par ailleurs, il existerait une autre source de stress chez les soignants que l'affluence ou le poste comme nous l'explique l'IDE 3. Il raconte qu'en plus de l'affluence le comportement un peu limite de certains patients et comme par exemple se faire « *engueuler tout le temps par les accompagnants* » (1.82) peut majorer le stress chez le soignant car cela leur fait perdre du temps, et l'oblige à se justifier auprès des familles. La relation soignant/soigné semble aussi avoir un rôle sur le stress du soignant.

Par ailleurs, cette gestion du flux pour les soignants n'est pas une tâche aisée car il ne faut pas pour autant négliger la prise en charge somatique et psychique du patient. Comme le dit l'IDE 2 lorsqu'il y a de l'affluence « *on essaye d'individualiser la prise en charge afin qu'ils ne soient pas qu'un numéro...* » (1.27-28). En ce qui concerne la prise en charge du suicidant les infirmiers 2, 3 et 4 expliquent que ce sont des patients « *assez demandeurs* » (IDE 4-1.13.) et comme le dit l'IDE 3 ils essayent « *...malgré le flux, qu'ils soient pris en*

---

<sup>38</sup> FORMARRIER M, JOVIC L. 2009. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil. p.265.

*charge quand même pour leur détresse* » (1.55-56). Et par la nature de leur acte ces patients-là vont demander une surveillance particulière, ainsi, si les soignants sont peu vigilants il y a un risque important « *de fugue* » (1.30) comme nous l'expliquent l'IDE 3 et 4 et par conséquent un risque d'un second passage à l'acte. L'affluence a donc une incidence sur le temps accordé à chaque patient par le soignant, de ce fait, il est possible de penser que si le patient suicidant ne se sent pas pris suffisamment en charge, il peut être « *un peu véhément* » (IDE 3-1.53) en raison du temps d'attente ou de la prise d'alcool et de ce fait risque de fuguer. Il est probable que dans ces conditions-là, c'est-à-dire lorsqu'il y a beaucoup de monde, quand les box sont complets et qu'il y a des patients suicidants aux urgences que cela nécessite une surveillance particulière et que le soignant soit en situation de stress.

Ainsi l'environnement du soignant aux urgences lié à l'affluence semble être la principale source de stress empêchant ainsi le soignant d'accorder suffisamment de temps pour que le patient se sente suffisamment à l'aise pour parler de son projet suicidaire. L'IDE 1 et 4 définissent la disponibilité comme « *le temps qu'on peut accorder à un patient* », l'IDE 3 lui explique que c'est la capacité du soignant à pouvoir trouver du temps dans son organisation temporelle pour le patient. Ainsi la disponibilité du soignant semble incomplète lorsqu'il y a une forte affluence car il ne peut pas prendre en charge de manière optimale le patient dans ses conditions de travail.

#### **5.4. Hypothèse opérationnelle numéro deux**

Je vais maintenant aborder ma deuxième hypothèse opérationnelle qui est je rappelle : l'expérience du soignant pourrait diminuer la notion de stress ce qui participerait à diminuer les représentations négatives et permettrait au soignant d'être plus disponible pour le patient suicidant. Et pour répondre à cette hypothèse opérationnelle je me suis appuyée de la question 10 de mon guide d'entretien.

8. Est-ce difficile d'entrer en contact avec ce type de patient ? Dans ce cas précis vous êtes-vous senti moins disponible ?
9. Pour vous quel va être le type de prise en charge d'un patient ayant fait une tentative d'autolyse ?
10. D'après vous l'expérience du soignant aux urgences aide-t-elle à se rendre plus disponible auprès du patient suicidant ? Argumentez.

A travers le cadre conceptuel nous avons pu comprendre que l'expérience professionnelle se forme selon 5 stades allant de novice à expert. L'expérience se révèle par le

biais de ces recherches théoriques comme des connaissances acquises par le nombre de situations rencontrées par le soignant lui permettant de comprendre rapidement la source du problème. Cependant nous avons aussi vu avec l'article de C. BOURRIER que l'expérience peut entraîner aussi une certaine banalisation des situations rencontrées, c'est que nous allons tenter de vérifier à présent.

L'ensemble des infirmiers s'accordent sur le fait que l'expérience a un rôle dans la prise en charge des tentatives d'autolyse mais tous n'identifient pas ce gain d'expérience comme aidant le soignant à se rendre plus disponible. L'IDE 3 raconte qu'effectivement il est possible que l'expérience soit aidante mais, pour lui elle ne va pas forcément rendre le soignant plus disponible car cela dépend «...de la charge de travail derrière » (1.87-85). Par ailleurs, il explique que « ...l'expérience aide à acquérir cette facilité d'échange » (1.189) avec le patient lui permettant ainsi de demander plus facilement pourquoi ils ont voulu passer à l'acte. L'IDE 4 rejoint le point de vue de l'IDE 3 en expliquant que cela aide le professionnel à trouver plus facilement les mots en raison du nombre de situations similaires vécues. Il admet aussi que lorsque de nouveaux collègues arrivent dans le service ils sont dans la recherche d'une certaine aisance technique qu'ils n'ont pas forcément au départ mais qui s'acquiert avec le temps. Il raconte aussi que l'organisation est aussi importante car cela lui permet de « ...passer plus facilement à d'autres patients » (1. 101) car elle permet au soignant d'être plus rapide et de ce fait-il plus disponible pour le patient suicidant.

L'IDE 1 dit que « plus on a de l'expérience plus on fait les actes rapidement, plus on a le temps pour aller discuter et être auprès du patient » (1.84-85). L'IDE 2 explique ne pas savoir si l'expérience rend plus disponible et dit que cette expérience peut faciliter la prise en charge du patient car elle permet de « ...réagir de manière peut-être plus appropriée à certaines situations que d'autres » (1.97). Ainsi au vu des données recueillies il me semble possible d'expliquer qu'effectivement l'expérience est appréciable dans la prise en charge du patient suicidant car en raison de son expertise, il est plus apte à instaurer une relation de confiance, plus rapide, a de meilleures réactions et une meilleure organisation. Ainsi l'expérience s'acquiert avec le temps et par le nombre de situations similaires rencontrées, rendant de ce fait le soignant plus disponible.

Cependant, concernant le risque de banalisation de la prise en charge du suicidant l'IDE 1 au cours de l'entretien dans la question répond «...*plus on a de l'expérience, plus on en a vu, plus on peut être lassé après d'en voir...* » (1.88-89) et explique que cela peut altérer l'analyse de la situation par le soignant en la considérant « *comme pas très urgente au final* » (1.90). L'IDE 3 dit que certes l'expérience aide à acquérir une facilité d'échange mais cette expérience peut « *augmenter les aprioris ce qui peut freiner la disponibilité du soignant* » (1.200). Ces deux réponses correspondent donc à la moitié des professionnels interviewés ce qui m'amène à penser qu'effectivement il peut y avoir une certaine banalisation chez les soignants qui est due à l'expérience augmentant ainsi les représentations négatives à l'encontre du suicidant. Enfin, il est possible d'imaginer que l'expérience renforcerait les aprioris au vu des réponses recueillies ce qui rendrait le soignant moins disponible pour le patient suicidant. Puisque que l'expérience n'est pas forcément le facteur essentiel qui permet au soignant d'être plus disponible pour le suicidant il se peut alors que ce soit la formation, ou encore le rôle de l'infirmière de liaison.

Concernant la formation des infirmiers aux urgences l'IDE 1 dit dans la question 11 que le fait d'avoir une formation interne aux urgences pour la prise en charge de patients suicidant serait aidante notamment pour «...*adopter une attitude positive* » (1.108) ; l'IDE 2 rejoint l'avis de L'IDE 1 en expliquant que la formation initiale est incomplète et qu'effectivement avoir une formation spécialisée serait aidante «...*pour pouvoir réagir dans certaines circonstances,[...]pour ne pas faire d'impairs* » (1.103-104) ; l'IDE 3 explique ne pas avoir «...*les petits éléments...*» (1.224) qui vont lui permettre d'identifier un passage à l'acte imminent. L'IDE 4 quand à lui raconte qu'ils font appel aux infirmières de liaisons qui sont à son avis «...*les plus formées...* » et «...*habituées...* » (1.64-65) à ce type de prise en charge car il estime qu'aux urgences ils ne sont pas suffisamment formés sur la psychiatrie. L'ensemble des infirmiers sondés estiment que leur formation est incomplète pour pouvoir entrer en communication avec le patient suicidant et font ainsi appel très régulièrement à l'infirmière de liaison qui est perçue de façon positive aux urgences car il facilite la prise en charge du suicidant.

J'ai remarqué en confrontant mes entretiens que selon l'organisation (SAU et UPATOU) ainsi que la taille de la ville, la présence de l'infirmière de liaison n'était pas la même. En effet le début de la prise en charge reste la même car l'ensemble des infirmiers quelles que soient leurs années d'expériences expliquent prendre en charge dans un premier temps «...l'urgence somatique... » (1.160-IDE 3) puis, ils réalisent un petit entretien avec le patient si celui-ci est coopérant, et pas trop sédaté. Une fois l'aspect physique mis hors de danger le patient est gardé hospitalisé un certain temps pour que l'infirmier de liaison puisse faire son entretien avec le patient et qu'il décide de l'orientation de la prise en charge. À travers mes entretiens avec l'IDE 2 et 3 j'ai pu comprendre que l'infirmière de liaison faisait partie intégrante de leur organisation des soins et était présente tous les jours aux urgences de 9 heures à 23 heures. Et qu'à l'inverse pour L'IDE 1 et 4 ils appelaient l'infirmière de liaison lorsqu'ils avaient besoin d'aide pour un patient en détresse psychologique ou psychiatrique à la différence que pour l'IDE 1 infirmière de liaison est dans les locaux de l'hôpital tandis que pour l'IDE 4 elle se situe au CMP.

Malgré une implication différente selon les structures, les infirmiers des urgences ont une représentation positive du rôle de l'infirmière de liaison et reconnaissent unanimement que son rôle facilite la prise en charge du suicidant. Ainsi comme l'explique l'IDE 3, l'infirmière de liaison a le temps car elle n'a pas la même contrainte que les infirmiers des urgences et peut ainsi notamment grâce à son expérience des pathologies mener un entretien de qualité, en le réalisant lorsque cela est possible dans un environnement propice c'est-à-dire une salle dédiée pour l'échange avec les patients ou la famille.

## **5.5 Facteurs influençant la disponibilité accordée au suicidant**

11. D'une façon générale, qu'est-ce qui semble aider ou au contraire freiner l'efficacité d'une telle prise en charge ?
---

Pour clôturer mon analyse je voulais revenir sur cette question qui semble permettre de répondre en partie à la question de recherche. J'ai ainsi dégagé dans un premier temps les facteurs qui ont l'air de faciliter la prise en charge à savoir : la compliance du patient qui s'avère être le critère le plus important pour l'IDE 3 mais aussi, le peu de patient aux urgences, l'acquisition d'une formation spécifique et la présence de l'infirmière de liaison pour prendre le relais. Comme nous l'avons vu dans le sous-chapitre ci-dessus la formation interne et le rôle de l'infirmière de liaison semblent pour les infirmiers sondés simplifier la

prise en charge du suicidant. L'IDE 3 explique que le comportement compliant du patient va être un facteur facilitant surtout si celui-ci «...est d'accord pour se faire aider ou pour parler de ce qui ne va pas...» (1.209-210) et à «...envie de se faire aider » (1.211) tout en expliquant que parfois cela dépend de la manière dont le soignant est disposé à le voir.

Au contraire ce qui semble principalement diminuer le temps accordé au suicidant c'est l'affluence aux urgences comme l'explique l'ensemble des infirmiers et «...le temps d'attente » (1.106-107) comme le dit l'IDE 4. Mais aussi les comportements des suicidants, c'est-à-dire le fait qu'ils soient mutiques ou agressifs. L'IDE 1 raconte que « le fait que la personne soit renfermée sur elle-même, et ne veuille pas discuter du tout » (1.97) risque de freiner l'efficacité de la prise en charge et explique que face à ce type de comportement «... on n'y retournera pas deux fois » (1.100).

## **6. VERIFICATION DES HYPOTHESES**

Au cours du cadre conceptuel je me suis interrogée sur la manière dont pouvait être perçu l'infirmier et le patient suicidant aux urgences et il en était ressorti que les représentations sociales du suicidant pouvaient entrer en conflit avec celles du soignant en ce qui concerne la symbolique de la vie et c'est ce qui semble être vrai au vu des réponses obtenues.

De plus, nous avons pu voir que chaque individu était guidé par des représentations sociales qui vont avoir une influence sur notre manière de penser et d'agir. J'en conclus donc, que les représentations sociales certes influenceraient l'approche de l'infirmier aux urgences en ce qui concerne le patient suicidant, non pas uniquement par la symbolisation de l'acte mais plutôt en raison des comportements déviants des suicidants qui auraient tendance au regard de l'échantillon recueilli à majorer les représentations négatives, ce qui confirmerait partiellement mon hypothèse théorique. Il serait donc intéressant par la suite d'analyser le comportement des suicidants aux urgences qui pourrait avoir une influence sur la manière dont ils vont être pris en charge par les soignants.

L'hypothèse opérationnelle numéro une, était la suivante : la notion de stress due à l'affluence participerait à augmenter les représentations négatives concernant le patient suicidant, ce qui rendrait le soignant moins disponible. Cette première hypothèse est confirmée puisqu'effectivement l'affluence va être source de stress ce qui va les rendre moins

disponible. Toutefois, d'autres éléments peuvent être source de stress comme le poste exercé au sein même des urgences qui va peut-être demander plus de responsabilités, le tempérament du soignant et l'agressivité liée aux comportements des patients ou des accompagnants.

En ce qui concerne l'hypothèse opérationnelle numéro deux : L'expérience du soignant pourrait diminuer la notion de stress ce qui participerait à diminuer les représentations négatives et permettrait au soignant d'être plus disponible pour le patient suicidant. Cette expérience est à double sens puisqu'elle permet au soignant d'être plus ou moins disponible car une certaine banalisation de la situation rencontrée peut s'installer. De plus, nous avons vu qu'il existe un autre frein qu'est le manque de formation interne qui a tendance à empêcher le soignant d'être disponible puisqu'il éprouve des difficultés à instaurer une communication avec le suicidant. Donc cette deuxième hypothèse opérationnelle est partiellement confirmée.

Enfin pour ce qui est de ma question de recherche : quels sont les paramètres influençant la disponibilité accordée par l'infirmier aux urgences auprès des suicidants nous avons pu constater qu'il en existe plusieurs. L'échantillon d'infirmiers interviewés étant trop faible pour valider ma question de recherche je me contenterai au vu des résultats obtenus d'indiquer les paramètres qui semblent jouer un rôle sur la disponibilité accordée par le soignant au suicidant. Comme nous avons pu le voir à travers cette analyse l'affluence, le comportement du suicidant, les représentations sociales, l'expérience du soignant, le manque de formation interne, le stress, la présence de l'infirmière de liaison, semblent influencer de façon négative ou positive la prise en charge de la tentative d'autolyse.

## CONCLUSION

Au terme de cette phase exploratoire beaucoup d'interrogations subsistent encore autour des entretiens. Je pense que mon guide d'entretien n'était pas suffisamment pertinent puisqu'en prenant du recul je m'aperçois qu'il y a une question ou deux essentielles que j'ai occultées comme le fait par exemple de demander quelle image ont les infirmiers urgentistes d'eux-mêmes. Ou bien encore interroger les infirmiers sur les comportements des suicidants.

Dans ma situation de départ j'ai voulu mettre de côté le comportement un peu agressif du suicidant pensant que c'était peut-être un cas isolé, de ce fait je suis passée à côté de cet élément-là. Cependant je me suis souvenue de cet élément à travers le travail de recherche puisqu'il est à la fois réapparu en lien avec les représentations sociales et à la fois avec la notion de stress. Ce qui pourrait nous amener à penser que lorsque le soignant est fatigué de ces comportements-là en raison du nombre de situations similaires vécues, il peut y avoir une certaine banalisation qui s'installe.

La seconde limite de ce travail réside dans le choix des professionnels interrogés en effet sur mes 4 entretiens on recense 3 hommes et une femme. Je me suis ainsi demandée avec du recul si justement le fait que le soignant soit un homme ou une femme pouvait influencer la relation de soin avec le suicidant de sorte qu'il soit plus facilement à l'aise pour se confier avec l'un ou l'autre. Il se peut aussi que l'âge du soignant puisse aussi jouer un rôle auprès du suicidant et soit un frein ou non pour instaurer un échange.

Il aurait pu être pertinent d'interviewer une infirmière de liaison qui travaille en collaboration avec l'infirmier aux urgences afin d'avoir son point de vue sur la prise en charge du suicidant tout en analysant les facteurs qui l'influencent. Enfin pour finir je pense qu'il aurait été intéressant dans mon cadre conceptuel d'aborder les moyens favorisant l'établissement d'une relation de soin auprès du suicidant ainsi que les comportements associés à la tentative d'autolyse comme l'agressivité.

Avec le recul, j'ai compris en entrant dans cette formation que j'avais une vision un peu naïve, étriquée du métier, pensant qu'effectivement l'essentiel du métier était plus fondé sur des savoir-faire plutôt qu'un savoir-être. Aujourd'hui arrivant au terme de mon cursus je m'aperçois que cette formation n'est pas seulement un apprentissage de savoir-faire. Elle nous change, nous fait mûrir grâce notamment aux différentes situations vécues en stages. Et c'est



ce parcours qui est propre à chaque étudiant qui nous aide à adopter une posture réflexive, nous pousse à nous poser des questions, nous aide à avoir un raisonnement éthique et des valeurs professionnelles.

Par ailleurs, je tenais à préciser que c'est un sujet que j'ai pris plaisir à traiter au fil des mois. Il est vrai cependant que ce ne fut pas ma première idée de sujet. Toutefois, ce thème après des heures de réflexions m'a paru le plus approprié. En effet à mon entrée en 3<sup>ème</sup> année je n'avais effectué aucun stage en psychiatrie et j'avais une certaine appréhension vis-à-vis de ce stage, liée notamment aux représentations qui sont véhiculées par la population. Je me suis alors dit que le fait d'allier un domaine pour lequel j'éprouvais une certaine appréhension avec un service que j'affectionnais me permettrait d'approfondir mes connaissances sur les patients suicidants tout en essayant de comprendre quelles étaient leurs conditions de travail aux urgences, tenant ainsi à savoir comment les soignants arrivaient à entrer en contact avec le patient suicidant. Et il m'est apparu intéressant, d'aborder la prise en charge du suicidant aux urgences car je me suis sentie plusieurs fois démunie lors de mon stage face à des patients qui sont en grande détresse psychologique. Ces mois de travail autour de ce sujet et mon stage en psychiatrie m'ont permis de dissiper mes doutes, de développer mes connaissances sur cette pathologie et sa prise en charge aux urgences.

J'ai alors compris que c'est une prise en charge difficile puisque le patient est dans une grande détresse psychologique et le fait d'avoir raté volontairement son acte ou non peut amplifier son état de mal-être. Par ailleurs, comme nous avons pu le constater à travers ce travail de recherche l'affluence va avoir tendance à générer du stress rendant l'infirmier ainsi moins disponible pour communiquer avec le patient suicidant qui a besoin d'attention. Ainsi les représentations, l'expérience, l'affluence, la formation vont avoir une incidence sur la manière dont le patient va être pris en charge le patient.

Comme je l'ai expliqué au début de ce travail de fin d'étude, mon souhait serait de travailler aux urgences, parce qu'à mon sens c'est un service très enrichissant d'un point de vue théorique et relationnel. Contrairement aux idées reçues le service des urgences n'est pas dénué de relationnel comme j'ai pu le voir au cours de mon stage et à travers les mots des infirmiers interviewés. Je pensais effectivement en arrivant aux urgences que j'allais être très souvent confrontée à des soins techniques or, ce lieu de stage était riche en émotions. En effet je me suis aperçue que malgré la diversité des pathologies rencontrées, la charge de travail, le

stress, l'aspect relationnel est prépondérant puisque le patient aux urgences est dans l'attente de réassurance face à un diagnostic qu'il ne connaît pas et qui va avoir tendance à générer du stress. A l'orée de mon entrée dans la vie active je m'aperçois du chemin que j'ai parcouru en 3 ans, des progrès que j'ai fait d'un point de vue relationnel et technique. Cette formation a très certainement posé les fondations de mon identité soignante, en me donnant des outils de base, de ce fait, il ne tient alors qu'à moi de poursuivre dans cette direction. Je reste cependant lucide : l'entrée dans la vie active n'est pas facile et sera sûrement source de stress.

Je voulais néanmoins avant de clôturer ce mémoire, revenir sur les comportements déviants de certains suicidants qui se montrent agités et agressifs. Il serait intéressant de comprendre la signification de ces comportements envers les soignants aux urgences. En effet ces comportements pourraient être des mécanismes de défense, des symptômes traduisant une détresse psychologique ou psychiatrique...

Pour finir, j'ai compris à travers ce mémoire que le patient suicidant demande une prise en charge complexe comme dit l'infirmier numéro 1 en expliquant que c'est une prise en charge « *compliquée et pas forcément adaptée* » (1.111). Ce qui m'amène à revenir sur un point important qui est ressorti au cours de mes entretiens à savoir : une formation spécifique pour la prise en charge du suicidant. En effet tous ont souligné que cette formation spécifique permettrait de mieux comprendre la tentative de suicide, de savoir comment agir et réagir permettant ainsi potentiellement d'instaurer une alliance thérapeutique.

**Ainsi ne faudrait-il pas une organisation des soins qui permettraient l'amélioration des pratiques professionnelles ?**

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages lus :

- COURTET, Philippe. 2010. *Suicide et tentative de suicide*. Paris : Flammarion. 350p.
- MANNONI, Pierre. 2001 *Les représentations sociales*, Paris : Puf, 2ème édition. 127p.

### Ouvrages consultés :

- AUBERT Nicole. 2003. *Le culte de l'urgence*. Paris : Flammarion.
- BATT CAMPEON, LEGUAY et al. 2007. *Epidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention*. Paris : Elsevier Masson.
- CURCHOD Claude. 2009. « *Relations soignants- soignés, prévenir et dépasser les conflits* ». Elsevier Masson : Issy- les-Moulineaux.
- COURTET Philippe. 2013. *Suicide et environnement social*. Paris : Dunod.
- FORMARRIER M, JOVIC L. 2009. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil.
- Le petit Larousse illustré. 2001. Paris : Larousse. p.339.
- NAUDIN D, PAILLARD F, LOSSER M-R. 2011. *Soins d'urgence et de réanimation*. Paris : Elsevier Masson.
- SELYE Hans. 1975. *Le stress de la vie*. Paris : Gallimard.
- VALETTE Pierre. 2013. *Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique*, Paris : Puf.

### Articles de revues

- BOURRIER Céline. 2010. « *Vécu des soignants dans la prise en charge du suicidant* ». La revue de l'infirmière, n°159. pp 25-27.
- ELBAUM Mireille. janvier 2003. « *Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale* ». DRESS étude et résultats, n° 212. pp 5.
- MARTIN P, THAUBY, Isabelle. « *Des compétences infirmières spécifiques et complémentaire dans la prise en charge des urgences psychiatriques* ». la revue de l'infirmière », n° 148, mars 2009, pp 22-23.

- MORENO-DÁVILA N. 2010. « *Le suicidant, sa famille et son médecin* ». Thérapie familiale, n°4 pp 439.
- PIQUEMAL-VIEU L. Décembre 2001. « *Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier* ». Recherche en soins infirmier, n°67. pp 86.
- Sécurité sociale. Cours des comptes. 2014. « *Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser* ».

## **Loi**

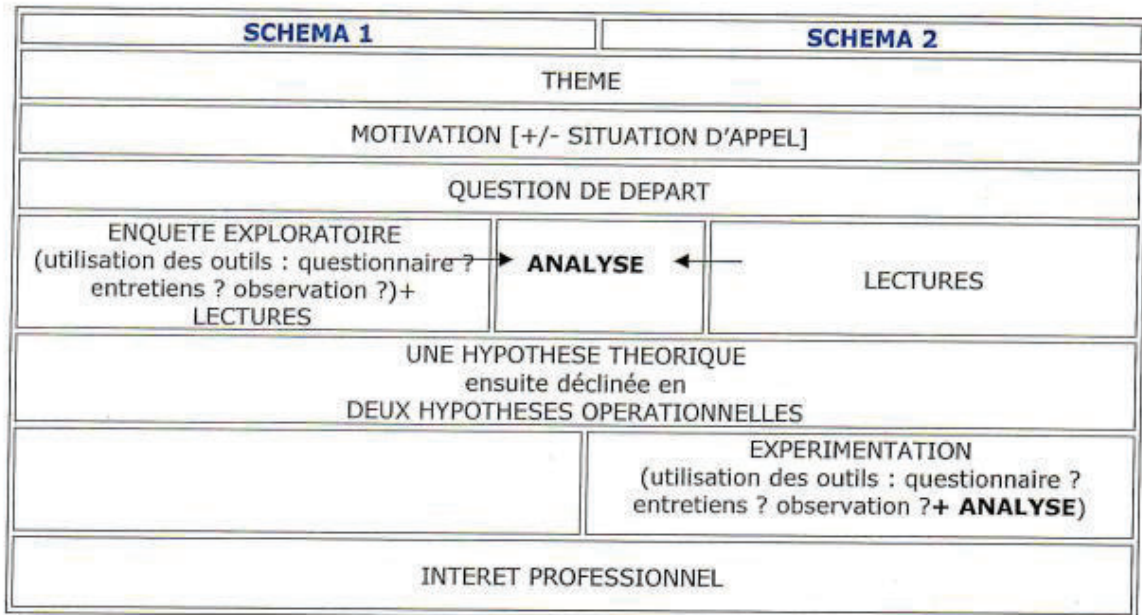
- Circulaire DH.4B/D.G.S. 3E/91 – 34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation.

## **Webographies**

- Dictionnaire Larousse [en ligne].  
<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilit%C3%A9/68694>>. Le 30/12/14.  
<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress/74848>>. Le 02/01/2015.
- Site de santé du gouvernement [en ligne].  
<<http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html>>. Le 02/01/2015.
- Portail des discriminations [en ligne].  
<<http://portail.discrim.fr/menu-discrimination/representation-prejuges>>. Le 09/04/2015.

# **ANNEXE I**

## ANNEXE I : Référentiel méthodologique du travail de recherche.



# **ANNEXE II**

## Annexe II : Synthèse des entretiens

	Sexe Age	Poste	Année du DE Année aux urgences	Type de Structure et taille de la ville	Durée	Aspect de la communication
IDE 1	M 22 ans	J	2014 8 mois aux urgences	SAU Moyenne	10 minutes	Calme, voix posée, hésitant sur certaines questions. Mal à l'aise sur une question. Regarde souvent sa montre. Regard fuyant
IDE 2	F 28 ans	N	2010 2 ans	SAU Grande	12 minutes	Calme, parle vite, hésitante sur une ou deux questions. Regard fixe et assuré.
IDE 3	M 33 ans	N	2005 9,5 ans aux urgences	SAU Grande	20 minutes	Calme, posture détendue. Regard fixe et assuré. Souriant, détendu.
IDE 4	M 29 ans	J	2009 5 ans	UPATOU Petite	8 minutes	Calme, peu expressif, regard fixe et réponse assurée.

Légende :

- M = homme
- F = femme
- N = Nuit
- J = Jour



# **ANNEXE III**

## ANNEXE III : Guide d'entretien

Questions	Questions de relances
<p>1. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?</p> <p><u>Objectif</u>: Avoir connaissance de leur expérience professionnelle.</p>	
<p>2. Depuis combien de temps exercez-vous aux urgences ?</p> <p><u>Objectif</u>: Connaître leur profil professionnel et savoir s'ils ont l'expérience du terrain.</p>	
<p>3. La disponibilité accordée par le soignant auprès du suicidant varie-t-elle en fonction de l'affluence et du stress aux urgences ?</p> <p>Si oui expliquez pourquoi.</p> <p><u>Objectif</u>: Savoir si l'affluence génère du stress et donc par conséquent si cela diminue le temps accordé au patient.</p>	<p>Le temps accordé au patient aux urgences varie-t-il en fonction de certains paramètres ?</p> <p>Avez-vous l'impression d'être moins disponible auprès du patient suicidant lorsque vous êtes stressé ?</p>
<p>4. Comment définiriez-vous le mot disponibilité ?</p> <p><u>Objectif</u>: Comprendre comment est perçue la notion de disponibilité aux urgences.</p>	<p>Qu'est-ce que la disponibilité pour vous ?</p>
<p>5. Ressentez-vous du stress lorsqu'il y a de l'affluence aux urgences ?</p> <p>Argumentez si la réponse est non.</p> <p>(si oui) Par conséquent vous sentez-vous moins disponible ?</p> <p><u>Objectifs</u>: Savoir si le stress peut être un paramètre influençant le soin. Savoir si le stress majore les représentations sociales des soignant à l'encontre du suicidant.</p>	<p>Lorsqu'il y a beaucoup de monde aux urgences vous arrive-t-il de vous sentir stressé ?</p>
<p>6. D'après-vous se peut-il qu'une équipe puisse avoir une idée commune concernant un type de profil par exemple : le patient suicidant ?</p> <p><u>Objectif</u>: Savoir si les professionnels exerçant aux urgences ont une représentation positive ou négative du suicidant.</p>	<p>D'après-vous se peut-il qu'une équipe puisse avoir une certaine représentation/image commune concernant un type de profil par exemple : le patient suicidant ?</p>

<p>7. Peut-il y avoir une certaine image négative de ce profil de patient ?</p> <p><u>Objectif</u>: Préciser si les représentations peuvent être positives ou négatives à l'encontre des suicidants permettant ainsi de savoir si cela influence la relation de soin.</p>	<p>Quels sont vos ressentis lors de l'arrivée d'un patient suicidant ?</p>
<p>8. Est-ce difficile d'entrer en contact avec ce type de patient ? Dans ce cas précis vous êtes-vous senti moins disponible ?</p> <p><u>Objectif</u>: Connaissance concernant la prise en charge de la tentative d'autolyse. Mettre en avant la complexité de la prise en charge du patient suicidant.</p>	<p>Eprouvez-vous des difficultés à instaurer un dialogue avec le suicidant ?</p> <p>Est-ce difficile pour vous de demander la raison de son acte ?</p>
<p>9. Pour vous quel va être le type de prise en charge d'un patient ayant fait une tentative d'autolyse ?</p> <p><u>Objectif</u>: Mettre en avant l'aspect somatique traité en premier lieu aux urgences. Souligner l'importance du rôle de l'infirmière de liaison dans la prise en charge du suicidant.</p>	<p>Expliquez le déroulement d'une prise en charge pour une tentative d'autolyse chez l'adulte ?</p> <p>Quelles sont les actions mises en place ?</p>
<p>10. D'après vous l'expérience du soignant aux urgences aide-t-elle à se rendre plus disponible auprès du patient suicidant ?</p> <p>Argumentez.</p> <p><u>Objectif</u>: Savoir si l'expérience influence le soin. (positive ou négative).</p>	
<p>11. D'une façon générale, qu'est-ce qui semble aider ou au contraire freiner l'efficacité d'une telle prise en charge ?</p> <p><u>Objectif</u>: Mettre en évidence les paramètres influençant la prise en charge du suicidant.</p>	<p>Y-a-t-il des facteurs qui peuvent influencer la prise en charge de manière négative ou positive ?</p>
<p>12. Est-ce que vous avez autre chose à rajouter par rapport à tout ça ?</p> <p><u>Objectif</u>: Faire resurgir des idées auxquelles je n'aurais pas pensé.</p>	

# **ANNEXE IV**

## **Entretien numéro 1**

**ESI : Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?**

IDE 1 : Depuis 8 mois.

**ESI : D'accord.**

5 IDE 1 : Je suis venu directement aux urgences. Ça fait 8 mois que je suis aux urgences.

**ESI : Heu. Donc la disponibilité accordée par le soignant auprès du suicidant varie-t-elle en fonction de l'affluence et du stress aux urgences ?**

IDE 1 : Oh plutôt de l'affluence, du stress pas forcément.

10 **ESI : D'accord. Et donc de ce fait la disponibilité accordée au patient varie-t-il selon la pathologie ?**

IDE 1 : ...Oui énormément, enfin... pour quelqu'un qui vient pour un problème psychologique on ne va pas passer beaucoup de temps... Nous infirmiers aux urgences presque pas même, c'est surtout les infirmières de liaisons donc qu'on va appeler et qui vont passer un entretien avec eux.

15 **ESI : D'accord. Comment définiriez-vous le mot disponibilité ?**

IDE 1 : ...Oh (silence). C'est le temps qu'on peut heu... accorder à quelqu'un (cherchant ses mots).

**ESI : Très bien. Ressentez-vous du stress lorsqu'il y a de l'affluence aux urgences ? Vous m'avez dit tout à l'heure qu'il n'y avait pas de stress.**

20 IDE 1 : Y a pas de stress... en fait tout dépend, ici aux urgences quand on est aux deux postes. Y en a un qui est situé au box 1 à 4.

**ESI : Hum.**

IDE 1 : Là souvent c'est les pathologies rapides, la traumatologie, où souvent la psychiatrie. Là tu n'as pas forcément beaucoup de stress. Par contre quand tu es côté 5-8 et dé choc là... y  
25 a beaucoup de stress.

**ESI : Donc par conséquent vous sentez-vous moins disponible pour les autres patients, si y a un gros déh choc par exemple ?**

IDE 1 : Ouais clairement. Après dès qu'on est indisponible on essaye de faire le relais avec une infirmière du SMUR si elle est disponible ou... une collègue.

30 **ESI : D'accord.**

IDE 1 : On essaye de pas trop laisser les patients tout seul un certain temps.

**ESI : D'après-vous se peut-il qu'une équipe puisse avoir une idée commune concernant un type de profil par exemple : le patient suicidant ?**

IDE 1 : ...Une idée commune ? (silence).

35 **ESI : C'est-à-dire une certaine image, une certaine représentation concernant**

IDE 1 : De la personne...

**ESI : Du suicidant.**

IDE 1 : ...Oh pff... Que tout le service ait une idée commune peut-être pas mais sinon oui je pense. Enfin... Aux urgences la personne aux idées..., pour moi... (Silence).

40 **ESI : Oui oui**

IDE 1 : Enfin la personne suicidante. Très peu de mes collègues vont passer du temps avec eux.

**ESI : D'accord.**

Interruption de deux collègues du SMUR.

45 **ESI : Donc peut-il y avoir une certaine image négative de ce profil de patient ?**

IDE 1 : Ouais. Enfin... le fait déjà, qu'ils arrivent avec des idées noires... l'envie de se suicider donne pas toujours je pense, pour certains collègues l'envie d'aller passer du temps avec eux, sachant que derrière on a énormément de travail à effectuer. Je pense que cela peut entrer en contradiction avec ce qu'on fait ici aux urgences et... c'est pour ça que je pense que

50 certains n'ont pas envie de rester longtemps dans ces box, car ils nous font comprendre qu'ils veulent... souvent mourir.

**ESI : D'accord. Et pour vous quels sont vos ressentis lorsqu'un patient suicidant arrive aux urgences ?**

IDE 1 : Moi j'aime bien essayer de... Bah déjà d'accueillir le patient quand heu il est installé  
55 dans le box afin d'essayer de comprendre, enfin... d'avoir un entretien d'aide avec lui. Essayer de discuter, de savoir pourquoi il a ces idées noires, pourquoi il veut se suicider. Mais c'est vrai je reconnais que ce n'est pas facile.

**ESI : Très bien. Est-ce difficile d'entrer en contact avec ce type de patient ?**

IDE 1 : ...C'est subjectif. (Rire). Tout dépend heu... tout dépend des patients. Je pense que  
60 tout dépend, le degré aussi de... des idées suicidaires qu'a le patient. Si pff... si on voit qu'il n'avait pas vraiment envie de le faire et que c'était un appel au secours, ça donne un petit peu plus... enfin je pense, un petit peu plus envie d'être auprès de lui, de discuter un petit peu.

**ESI : D'accord. Et pour vous est-ce difficile de demander la raison de l'acte ?**

IDE 1 : Du tout. Non. Enfin... moi j'ai toujours appris en sortant de l'école... que poser des  
65 questions directes et on vous répondra cash. Donc euh moi ça me pose aucun problème.

**ESI : Donc pour vous quel va être le type de prise en charge d'un patient ayant fait une tentative d'autolyse ?**

IDE 1 : Ah... Ici aux urgences ils sont installés directement en box. Heu l'infirmier des  
70 urgences essaye normalement d'aller discuter un peu, d'aller prendre des constantes, des paramètres vitaux. Heu... on appelle et on contacte l'infirmière de liaison, qui doit venir évaluer le stade heu... de dangerosité pour le patient, si..., s'il s'avère que sa vie est en danger, ou qu'il nécessite une hospitalisation là ils vont faire une halte en psychiatrie.

**ESI : D'accord**

IDE 1 : Heu... et à ce moment-là ils demanderont à ce qu'un médecin urgentiste fasse au  
75 moins, une auscultation, pour repérer si au niveau somatique tout va bien. Pas forcément de prise de sang demandée, sauf si on a un petit doute sur l'alcoolémie.

**ESI : Oui.**

IDE 1 : C'est tout. Si, y a eu passage à l'acte... par exemple intoxication médicamenteuse, heu... ils ne seront pas évalués le jour même par l'équipe de liaison, ils seront alors installés  
80 en hospitalisation de très courte durée, le temps que les médicaments soient évacués, et pour qu'ils soient un peu plus coopérants au moment de l'entretien.

**ESI : D'accord très bien. D'après vous l'expérience du soignant aux urgences aide-t-elle à se rendre plus disponible auprès du patient suicidant ?**

IDE 1 : Oui oui. Enfin plus on a de l'expérience plus on fait les actes plus rapidement, plus on  
85 a de temps pour aller discuter, et être auprès du patient. Donc oui pour moi, il faut, enfin plus on a de l'expérience, plus on a de temps.

**ESI : Ok donc ça a plutôt une incidence positive dans la prise en charge.**

IDE 1 : Ouais. Heu après oui et non, plus ça fait longtemps qu'on est aux urgences, plus on de  
l'expérience, plus on en a vu, plus on peut être lassé après d'en voir. Donc heu...considérer ça  
90 comme pas très urgent au final.

**ESI : Très bien. D'une façon générale qu'est ce qui semble aider ou au contraire freiner l'efficacité d'une telle prise en charge ?**

IDE 1 : ... Bah le fait qu'il y ait très peu d'affluence aux urgences peut aider la prise en charge, peut faciliter la prise en charge... et au contraire lorsqu'ici il y a beaucoup trop de  
95 monde heu... on ne passera presque pas temps avec la personne suicidante.

**ESI : Hum hum.**

IDE 1 : Le fait que la personne soit renfermée sur elle-même, ne veuille pas discuter du tout. Je pense que cela peut freiner la prise en charge, notamment aux urgences si on essaye d'aller discuter avec eux et si malheureusement ils ne sont pas ouverts, ne veulent pas discuter, on y  
100 retournera pas deux fois.

**ESI : Donc vous m'avez dit l'affluence, et le fait que le patient ne soit pas enclin à la discussion.**

IDE 1 : Oui oui.



**ESI : C'est les deux facteurs qui pour vous peuvent freiner la prise en charge. Mais est ce qu'il y a des facteurs qui peuvent aider ?**  
105

IDE 1 : ... Je t'ai dit le fait qu'il n'y ait pas beaucoup d'affluence, le fait enfin, d'avoir une formation interne aux urgences pour la prise en charge d'une personne suicidante ça pourrait aider. Notamment pour adopter une attitude positive enfin...

**ESI : Est-ce que vous avez autre chose à rajouter par rapport à tout ça ?**

110 IDE 1 : Non, juste pour moi la prise en charge d'une personne aux idées suicidantes aux urgences reste compliquée et pas forcément adaptée. Chez nous les personnes aux idées suicidantes sont souvent installées dans ce qu'on appelle la salle de consultation externe parce c'est des patients qui ne nécessitent pas d'être scopés, ni d'avoir de perfusion. A savoir qu'on essaye au maximum heu... de les mettre dans une salle isolée pour qu'ils puissent avoir un  
115 entretien avec l'infirmière de liaison.

**ESI : D'accord**

IDE 1 : Pour qu'ils ne soient pas sans arrêt dérangés par le bruit ou par le passage sans cesse de professionnels.

**ESI : Très bien. Je vous remercie. Pour ma part cela a répondu à pas mal de mes questions.**  
120

IDE 1 : De rien.

# **ANNEXE V**

## **Entretien numéro 2**

**ESI : Je vous fais un rapide rappel de mon travail de fin d'étude qui porte sur la prise en charge du suicidant aux urgences**

IDE 2 : ok

**ESI : D'accord. Et depuis combien de temps êtes-vous diplômée ?**

5 IDE 2 : Quatre ans.

**ESI : Quatre ans, d'accord. Depuis combien de temps exercez-vous aux urgences ?**

IDE 2 : Aux urgences, aux urgences... un an et demi. Un an et demi et je suis arrivée... j'avais déjà fait 6 mois en remplacement et après je suis repartie. Et là ça fait un an et demi que je suis à nouveau ici, donc on va dire que cela fait à peu près deux ans que je travaille là  
10 sur les urgences principalement la nuit.

**ESI : La disponibilité accordée par le soignant auprès du suicidant varie-t-elle pour vous en fonction de l'affluence ou du stress aux urgences ?**

IDE 2 : Ah oui. Oui parce que en fonction du travail qu'on va avoir à côté, on va pouvoir accorder à telle ou telle personne plus ou moins de temps. Donc effectivement on va être plus  
15 vigilant sur pas mal de chose dans son environnement mais heu... ce n'est pas pour autant qu'on va pouvoir parfois accorder plus de temps à cette personne-là.

**ESI : Très bien. Comment définiriez-vous le mot disponibilité ?**

IDE 2 : heu pouvoir répondre à une personne, heu... pouvoir répondre à un besoin de la personne heu... le plus rapidement possible.

20 **ESI : D'accord. Ressentez-vous du stress lorsqu'il y a de l'affluence aux urgences ?**

IDE 2 : Non (rigole).

**ESI : Ok. Bah, par conséquent si vous ne vous sentez pas stressée, vous sentez-vous plus disponible pour le patient ?**

IDE 2 : Bah on essaye de l'être en réalité, même si y a du monde, on essaye de passer un  
25 moment à chaque personne. On essaye par exemple quand on les installe dans les box pour les

prendre en charge. Heu... on essaye de passer, même si on passe que 5 min avec eux pour une prise de sang ou un électrocardiogramme ou autre. On essaye d'individualiser la prise en charge, on essaye voilà de discuter 5 min avec eux, de revoir pourquoi ils sont là, de revoir comment ils sont à ce moment-là pour essayer de voilà... qu'ils ne soient pas qu'un numéro, 30 qu'un dossier et que heu... ils n'aient pas l'impression qu'ils aient vu que des blouses blanches quoi.

**ESI : Heu tout à fait. D'après vous se peut-il qu'une équipe puisse avoir une idée commune concernant un type de profil par exemple : le patient suicidant ?**

IDE 2 : Bah les situations font que heu... Les situations rencontrées ici font qu'il va y avoir 35 un personnage type, si on veut. Mais après tout est à modeler en fonction de la personne, parce qu'effectivement il va y avoir des traits de caractères, ou des traits d'actions, qui pourraient enfin heu... se ressembler. Maintenant chaque personne est très individuelle, à ses traits particuliers donc faut qu'on soit vigilant à tout ça parce que ce n'est pas parce qu'on a vécu une situation similaire il y a 15 jours que là ça va se passer exactement de la même 40 manière. Donc il ne faut pas avoir des aprioris.

**ESI : Tout à fait. Peut-il y avoir une certaine image négative de ce profil de patient ?**

IDE 2 : Oh c'est possible, après nous on a pas mal d'IMV, d'intoxication médicamenteuse volontaire. Donc y a certaines personnes qu'on connaît très très bien. Qui font souvent des IMV, alors est-ce que c'est quelqu'un qui veut vraiment vouloir se suicider, c'est quelqu'un 45 qui fait toujours des appels à l'aide. Effectivement y a des personnes qu'on revoit de façon récurrente et là oui, il peut y avoir une certaine image qui s'installe de la personne car cela nous renvoie aussi un sentiment d'échec je pense. Après nous on a un côté heu... On a un diplôme qui est comment dire... ou on a vu un peu de psychiatrie après effectivement si on y a pas travaillé, on a quand même peu d'apport là-dessus. Donc c'est vrai qu'on fait avec ce 50 qu'on a. Après ici on a la chance d'avoir une infirmière psy qui est là toute la journée jusqu'à 23 heures. Donc eux ils peuvent les voir, les patients. Donc ça c'est très très bien, ça nous fait..., ils font leurs entretiens après ils nous en ressortent beaucoup de choses. Donc ça c'est vraiment un outil, une très bonne aide, parce que nous on n'est pas... Parce que tout service est spécifique donc effectivement ça c'est une partie qu'on maîtrise certainement un peu 55 moins qu'une personne qui est spécialisée là-dedans.

**ESI : Ok. Et quels sont vos ressentis lors de l'arrivée d'un patient suicidant aux urgences ?**

IDE 2 : Et bien... Le ressenti, on sait très bien qu'il va falloir qu'on fasse très attention à ce que l'on dit et aux matériels qu'on laisse en place. Heu les salles de soins, c'est bourré de matériels, y a plein d'antiseptiques, y a plein de choses, y a de l'alcool, y a vraiment beaucoup de choses donc on sait qu'il va falloir qu'on soit très vigilant à ce qu'on laisse dans les salles de soins, qu'on laisse bien la porte grande ouverte et que voilà, qu'on fasse très attention. Bah y a un scope, voilà les fils du scope, ils peuvent très bien faire quelque chose avec, la sonnette, y a beaucoup beaucoup de matériel avec lequel ils peuvent faire quelque chose. Donc on sait très bien qu'il faudra qu'on ait une surveillance très particulière et accrue en fonction de cette personne-là quoi.

**ESI : D'accord et pour vous est-ce difficile d'entrer en contact avec ce type de patient ?**

IDE 2 : Ca dépend lequel, y en a qui vont très très bien verbaliser ce qu'ils ont fait et y en a qui vont être au contraire mutique. Donc heu... nous on essaye, après effectivement ça dépend de la charge de travail mais c'est vrai que si on n'y arrive pas on va faire appel à l'infirmière psy, si elle est encore là, la nuit. Autrement effectivement si on n'a pas le temps clairement on va le mettre en sécurité d'abord, pour qu'il puisse par la suite parler et s'ouvrir bah voilà soit ça sera le lendemain matin quand l'infirmière sera là. Mais heu... on va faire en sorte qu'il ne se mette pas en danger, maintenant on n'ira pas creuser si on n'a pas le temps, ou si vraiment il est mutique quoi.

**ESI : Ok. Donc pour vous quel va être le type de prise en charge d'un patient ayant fait une tentative d'autolyse ?**

IDE 2 : Tu peux répéter.

**ESI : Pour vous quel va être le type de prise en charge d'un patient ayant fait une tentative de suicide ?**

IDE 2 : Type de prise en charge...

Après ça dépend s'il a des antécédents pourquoi il l'a fait et jusqu'où il l'a fait. Heu ça dépend dans quel état aussi il arrive. Y a des patients qui arrivent là puis qui finissent en réanimation. Après y en a d'autres ça va être très léger donc on va le surveiller toute la nuit, donc là voilà.

85 S'ils sont un peu trop endormis au début, heu... nous on va les surveiller, on va essayer comme je te le disais de faire un petit entretien. Mais après ça sera quand ils auront tout évacué ; que le lendemain matin ils pourront voir l'infirmière psy et bien verbaliser ce qu'ils ont fait. Après voilà il y a des personnes qui sont vraiment très très mal et qui finissent oui en réa. Mais heu... ça dépend comment ils arrivent.

90 **ESI : D'accord. D'après vous l'expérience du soignant aux urgences aide-t-elle à se rendre plus disponible auprès du patient suicidant ?**

IDE 2 : Alors plus disponible je ne sais pas, après peut être avoir des meilleurs réactions. Plus disponible je ne sais pas parce qu'on fait ce qu'on peut on essaye avec tout le monde de passer un temps égal. Que tout le monde soit, comme je le disais tout à l'heure, que tout le monde puisse dire, oui bah « j'ai vu quelqu'un on a pris pour compte ce pourquoi je venais ».  
95 Donc on essaye de faire ça avec tout le monde, mais je pense que l'expérience fait que voilà, on peut réagir de manière peut être plus appropriée à certaines situations que d'autres.

**ESI : D'accord. Donc d'une façon générale qu'est ce qui semble aider ou au contraire freiner l'efficacité d'une telle prise en charge ?**

100 IDE 2 : Moi je dirais c'est la formation, parce que nous la formation qu'on a initialement à l'école je ne trouve pas qu'elle soit très très complète. Donc heu... nous ici il y en a de proposées donc quand on les a, parce que voilà il y a un certain nombre par année. Donc je pense que c'est aidant, la formation pour pouvoir réagir dans certaines circonstances, voilà pas faire d'impairs. Donc je pense que ça c'est un bon moyen pour aider. Après c'est sûr que  
105 les jours de grosse grosse influence, voilà comme on le disait tout à l'heure, c'est des gens auxquels on va essayer, peut-être pas essayer de trop creuser. On va essayer en première partie mais s'ils se bloquent, bah c'est sûr qu'on ne va peut-être pas insister autant qu'il le faudrait.

**ESI : Ok. Je pense que vous avez répondu à pas mal de mes questions mais est-ce que vous avez quelque chose à rajouter par rapport aux questions que je vous ai posés ?**

IDE 2 : Heu touc touc... Nous comment dire le point négatif du service des urgences c'est qu'il y a beaucoup de monde qui rentre et qui sorte. Heu... les box sont faits de façon à ce qu'on n'ait pas à avoir toujours le nez dessus. Donc ce qui est très compliqué c'est de mettre en sécurité, voilà on essaye de faire au maximum, après c'est certain que par rapport à

115 d'autres services peut-être un peu plus calme, on peut avoir un peu plus de visibilité, ici peut-être que c'est un peu plus compliqué quoi pour être vraiment certain de mettre en sécurité la personne. Quand ils sont du côté de l'UH c'est des chambres d'hospitalisations pour 24 heures. Là on ferme les fenêtres, on ferme tout ce qui est fils, c'est-à-dire tout ce qui est scope, on enlève la potence pour ne pas qu'ils s'en servent pour se pendre. Mais sauf que  
120 voilà la sonnette faut bien qu'on leur laisse, et la sonnette c'est quoi c'est un fil. Donc clairement s'ils veulent faire quelque chose avec le fil ou par exemple un barreau du lit, ils peuvent trouver un moyen. Donc on essaye de faire tout ce qu'on peut mais voilà ça reste une structure qui n'est pas adaptée à ce genre de personne en crise quoi.

**ESI : Tout à fait. Et est-ce que vous pouvez un petit peu plus développer la prise en charge. Vous priorisez plus l'urgence somatique en premier lieu ?**

IDE 2 : Alors non non quand ils viennent en pleine crise comme ça, c'est plus l'urgence psychologique on va dire. Donc on essaye vraiment voilà de les mettre en sécurité. Après heu... si voilà l'infirmière psy est là on la fait intervenir tout de suite, après quand elle est pas là c'est à nous de prendre le relais. Donc quand on peut voilà on essaye après heu si de ce  
130 côté-là on a pas assez d'expérience ou si on n'y arrive pas, heu au lieu de faire des impairs on préférera faire attendre la personne qu'elle puisse se reposer au calme et en sécurité et attendre le lendemain matin. Et par contre on va prendre en compte effectivement le côté somatique pour pouvoir l'aider s'il y a une souffrance autre. Donc ça par contre on va bien bien la prendre en compte.

135 **ESI : D'accord, bon très bien merci beaucoup (rires de nous deux).**

# **ANNEXE VI**



### **Entretien numéro 3**

**ESI : Alors depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?**

IDE 3 : Alors là ça fait 10 ans, enfin 9 ans depuis décembre 2005. Donc ça fera 10 ans dans pas longtemps.

**ESI : D'accord. Et depuis combien de temps exercez-vous aux urgences ?**

IDE 3 : Alors... j'ai commencé un peu par des urgences à mon premier poste à Paris. Après  
5 j'ai fait d'autres services et puis heu... j'ai fait que des urgences depuis...2009, je fais que ça  
urgences/SMUR en fait j'alterne depuis 2009 donc ça fait 6 ans plus un an avant quoi. Mais  
avant j'étais en salle de réveil donc y a pas trop de suicidant mais heu...

**ESI : Non non mais bon...**

IDE 3 : ...C'était un peu des soins aigus pareils.

10 **ESI : Cela reste un service formateur.**

IDE 3 : Ouais c'est intéressant.

**ESI : Donc la disponibilité accordée par le soignant auprès du suicidant varie-t-elle en fonction de l'affluence ou du stress aux urgences ?**

IDE 3 : Heu...du stress du soignant ?

15 **ESI : Du stress dû à l'affluence...**

IDE 3 : Ah oui l'incidence sur le flux. Alors en règle générale on essaye... (silence). Je ne  
dirais pas de faire une petite bulle mais on essaye de faire comprendre au patient suicidant  
alors qu'ils viennent spontanément chercher de l'aide parce qu'il a un projet suicidaire et qu'il  
veut appeler à l'aide. Ou parce qu'il a fait un geste suicidaire déjà et qu'il arrive amené par les  
20 pompiers ou le SAMU ou la police, ou une ambulance privée. Heu on essaye un peu de poser  
les choses. Alors c'est sûr que quand c'est hyper calme aux urgences quand il est 3 heures du  
matin et qu'il y a personne en attente, c'est confortable parce qu'on a le temps de discuter un  
peu, d'essayer d'apaiser un peu les tensions. Des fois, en régulation c'est des patients, ils ne  
veulent pas forcément venir à l'hôpital donc heu... c'est le médecin qui bataille par téléphone  
25 pendant un petit moment, les ambulanciers sur place aussi. C'est vrai que des fois les gens on

arrive à les convaincre de venir à l'hôpital sans en arriver à des contentions chimiques ou physiques et du coup s'ils arrivent aux urgences et que c'est le bordel et qu'on s'en occupe pas. D'une part ils ne se sentent pas pris en charge, puisqu'on leur dit d'aller à l'hôpital pour se faire aider mais ils arrivent et on les laisse un peu de côté. Et puis d'autre part il y a un  
30 risque de fugue, et avec un risque derrière de passage à l'acte, si ils sortent des urgences sans être évalués par un psy. Donc on essaye toujours de faire un... de prendre le temps d'accueillir ces patients, leur expliquer quel va être leur flux entre guillemets dans les urgences, qu'est ce qui va se passer pour eux. Après c'est sûr que quand c'est le bordel aux urgences, là tu vois on est lundi après-midi aux urgences tu as vu un peu, vaguement c'est  
35 plein, y a des brancards de partout, ça rentre. C'est compliqué de faire de l'entretien de qualité ou en tout cas de faire comprendre aux gens de... discuter avec eux pendant 10 minutes quoi.

**ESI : C'est compréhensible dans ces conditions-là.**

IDE 3 : Voilà après dans tous les cas je pense qu'on essaye d'aménager... Ça fait partie du soin je pense, d'accueil d'un infirmier d'arriver à apaiser le patient et en tout cas si on ne peut  
40 pas s'en occuper, même si c'est le bazar. Et quand c'est le bazar, ce n'est pas grave ceux d'après peuvent attendre 5 minutes de plus si y a pas un malade qui est en train de faire un arrêt, il peut attendre alors. Tu as mal à ton orteil, même si tu en as 20 qui viennent pour des problèmes comme ça, bah ils vont attendre 5 minutes de plus. ...Ce qu'on essaye de faire, c'est de le confier à un collègue. Alors soit, si on sent que c'est critique parce qu'il y a un  
45 risque de passage à l'acte, etc... On peut appeler le médecin d'accueil des urgences d'emblée à l'IAO, pour mettre en place par exemple une mise en isolement, tu vois de manière à le protéger en chambre d'isolement si elle est dispo ou mettre en place une contention physique et chimique. Et parfois c'est juste appeler l'infirmier de secteur psy qui est dispo la journée, enfin jusqu'à minuit pour qu'il vienne voir le patient et qu'il débute un entretien, tu vois voilà  
50 on essaye de... Quand on sent aussi que le patient il est un peu tendu, le patient qui est somnolent dans un brancard qui risque pas de fuguer voilà on fait une évaluation médicale mais après voilà il ne va pas se barrer. Mais c'est vrai que parfois c'est des patients qui sont alcoolisés, un peu véhéments, qui ne veulent pas toujours rester à l'hôpital. Donc voilà si on les laisse sur une chaise dans le couloir, heu... ils s'en vont. Ou ils gueulent et ils se barrent tu  
55 vois. Donc voilà on essaye de faire en sorte que malgré le flux, qu'ils soient pris en charge quand même pour leur détresse.

**ESI : D'accord. Comment définiriez-vous le mot disponibilité ?**

IDE 3 : Alors la disponibilité heu... c'est une très bonne question (rire). Comment je pourrais définir ça. C'est la capacité que chacun peut faire à... libérer de son temps personnel pour  
60 faire quelque chose ou voir quelqu'un. Je dirais que c'est ça, c'est-à-dire comment tu arrives à toi à trouver du temps dans ton organisation temporelle. Un truc dans le genre quoi.

**ESI : Très bien. Ressentez-vous du stress lorsqu'il y a de l'affluence aux urgences ?**

IDE 3 : Heu je ne dirais pas du stress, moi je ne suis pas un type stressé mais heu... de la  
pression. Moi cela ne me stresse pas mais il peut y avoir 25 personnes en attente, il peut y  
65 avoir 5 heures d'attente, ça me stresse pas en soi. En soi ça ne me stresse pas quand y a du monde. Ce qui me met de la pression c'est voilà, c'est de se dire à un moment donné, est-ce que je suis en capacité d'absorber tout seul, c'est l'effet entonnoir quoi. T'es tout seul à trier tout le monde, et si à un moment donné ça rentre plus vite que toi tu peux voir les gens, tu te dis j'espère qu'à un moment donné ça va se calmer parce que... En général ça se calme parce  
70 que tu vois ce matin il n'y avait personne dans les urgences, depuis 14 heures, 13 heures c'est le bordel parce qu'on est lundi et que c'est comme ça. Le lundi c'est un jour de forte affluence et du coup les gens ils arrivent, ça met pas du stress mais ça met de la pression car on est un peu plus tendu, on veut aller plus vite, parce qu'on se dit bah... je prends moins le temps de papoter et de faire des blagues parce que c'est un peu de l'abattage, tu vois c'est un peu la  
75 chaîne. Le stress il peut être, si on a des patients un peu limites qu'on n'a pas pu installer en salle d'examen faute de disponibilité des box... Et se dire qu'il faut toujours avoir en tête que lui il faut que je le revois entre deux patients afin de le réévaluer, prendre une tension, vérifier qu'il s'aggrave pas, ça pourrait être ça le stress. Mais en soi l'affluence peut générer du stress mais ça dépend des soignants après moi je te dis je suis un garçon zen mais j'ai des collègues  
80 elles sont très vite stressées par l'affluence... Et puis les délais d'attente en général, on voit que cela augmente l'agressivité chez les gens, les accompagnants, etc... Quand tu te fais engueuler tout le temps par des accompagnants, majore aussi du stress, tu perds aussi du temps, car pendant ce temps là quand tu te fais engueuler pendant 5 minutes et tu te justifies auprès d'une famille, tu n'avances pas sur tes tris. Donc voilà si tu veux on peut être stressé,  
85 clairement par le fait qu'il y ait de l'affluence.

**ESI : D'accord. Alors, d'après vous ce peut-il qu'une équipe puisse avoir une idée commune concernant un type de profil par exemple : le patient suicidant ?**

IDE 3 : C'est-à-dire.

**ESI : C'est-à-dire, se peut-il qu'une équipe puisse avoir une certaine représentation, une certaine image concernant ce type de profil qu'est le patient suicidant ?**

IDE 3 : C'est-à-dire comment nous on peut préjuger du patient ?

**ESI : Oui enfin c'est comment l'infirmier perçoit le patient suicidant ici aux urgences.**

IDE 3 : Je ne crois pas, enfin il ne me semble pas, ça me paraît difficile. Après qu'on ait des aprioris communs ou en tout cas, qui pourraient-être partagés par beaucoup de monde, c'est possible. C'est-à-dire qu'on a des patients parfois on pourrait se dire, si on s'interrogeait mutuellement, est-ce que tu penses qu'il serait capable de faire une IMV ou je ne sais quoi. Mais je ne crois pas qu'il y ait de... Je pense qu'il serait difficile dans une équipe d'arriver à faire des critères où on se dit que ce patient-là forcément enfin c'est un suicidant. Tu vois...enfin je ne crois pas.

**ESI : Oui je vois, merci. Peut-il y avoir une certaine image négative de ce profil de patient ?**

IDE 3 : Heu... oui clairement c'est possible. Pff moi le premier j'avoue qu'après voilà c'est heu... je peux parler pour moi mais, on voit je ne suis pas toujours très patient, j'essaye d'être soignant au maximum. Après ça dépend de la compliance du patient. En fait ce qui est souvent difficile c'est quand le patient il est alcoolisé ou qu'il est agressif heu... parce que c'est voilà... Après tout on n'est pas là pour se faire insulter ou taper dessus. Quand on attache les gens quand y a besoin d'arriver à une contention physique auprès du patient suicidant. C'est plus là que j'ai un apriori, c'est quand je me dis ça me gonfle quoi. Tu vois je ne suis pas là au travail pour me faire insulter ou cracher dessus ou prendre des coups de griffes ou des coups de pieds.

**ESI : Ce qui peut être compréhensible**

IDE 3 : Ce qui peut être normal mais du coup voilà, ce n'est pas tant dû au geste que ça me dérange mais plutôt le comportement associé à ce geste. Mais souvent tu vois, quand les gens

ils sont contentonnés, nous on voit bien, quand les gens ils font le scandale à l'accueil dans  
115 les urgences, dans les couloirs quand on en arrive à la contention chimique. Physique déjà  
puis chimique en chambre d'isolement, quand quelques heures après ils sont calmés et que la  
sédation commence à faire effet. Bah ils sont calmes, ils se mettent à pleurer, ils te racontent  
leur misère et en fait tu te rends compte que bah oui, ils ont besoin d'aide et qu'ils ne  
120 n'est pas sur le geste, puisqu'après que les gens puissent avoir envie de mourir ou en tout cas  
avoir envie de faire un geste suicidaire ça je le conçois, en soit je n'ai pas d'aprioris dessus.  
Mais c'est les comportements associés qui parfois sont irritants ou en tout cas...

**ESI : Vous voulez dire que c'est ce sont ces comportements associés qui freinent la prise en charge.**

125 IDE 3 : Ouais. Après on ne peut pas reprocher aux gens vous voulez mourir et en plus vous  
me faite « chier », tu vois c'est délicat quoi, mais c'est ce qu'on pense. Parce que tu as des  
suicidants qui sont je ne dirais pas forcément calmes mais qui en tout cas comprennent que  
leur problème à eux ce n'est pas ta faute à toi, donc ils n'ont pas besoin de te « foutre le  
bordel » dans les urgences pour être entendus, tu vois. Y en a qui sont pas capables de ça car  
130 ils sont intoxiqués avec de l'alcool et du coup... et après tu as des « cons » aussi.

**ESI : Est-ce difficile d'entrer en contact avec ce type de patient ?**

IDE 3 : ...Je n'ai pas de réponse standard parce que parfois les gens ils veulent te raconter  
toute leur misère d'emblée à l'accueil. Et parfois ils sont extrêmement fermés tu peux rien  
savoir et ils te font comprendre qu'ils parleront avec le docteur ou le psychiatre tu vois. Ou  
135 alors à l'inverse ils sont alcoolisés, des fois tu te fais insulter, tu vois il ne va pas parler. Donc  
heu... ça dépend car c'est vraiment patient dépendant. Ya des gens qui vont vraiment  
d'emblée vouloir te raconter toute toute leur vie quoi, et tu vois il faut que tu arrives à  
l'inverse à canaliser et arriver à dire que ma mission d'infirmier d'accueil c'est de trier par  
exemple, ou en salle d'examen tu dis ok et tu écoutes un peu, mais tu leur dis que vous allez  
140 pouvoir en reparler avec l'infirmier psy qui prend l'anamnèse, tout ça. Des fois faut les  
temporiser quoi. Et à l'inverse y en a qui parlent pas du tout, y a des gens mutiques. Y a pas  
de comportement universel tu vois.

**ESI : Oui cela varie d'un individu à l'autre.**

IDE 3 : Exactement. Et on voit vraiment de tout. Nous on passe du patient mutique qui  
145 n'ouvre pas la bouche à l'hyper excité qui casse tout, qui est logorrhéique qui raconte sa vie.  
On a tout quoi.

**ESI : Donc pour vous quel va être le type de prise en charge d'un patient ayant fait une tentative d'autolyse ?**

IDE 3 : Heu...Alors en journée ? Car c'est différent du coup la journée par rapport à la nuit.

150 **ESI : Vous pouvez m'expliquer les deux types de fonctionnement ?**

IDE 3 : Du coup la journée, moi je travaille de nuit aux urgences. Pendant les horaires de  
présence de l'infirmière de secteur psy donc de 9 heures à minuit. Quand il est présent en  
général on l'appelle, parfois il est déjà informé par la régulation car leur bureau se trouve juste  
à côté du 15. Donc parfois ils sont informés qu'un patient va venir aux urgences donc ils ont  
155 déjà fouillé sur leur informatique pour voir s'il est connu en psychiatrie. Donc quand ils  
peuvent venir le voir, ils viennent le prendre en charge plutôt eux sauf si y a des critères  
médicaux plus urgents c'est-à-dire coma, si y a un trouble de la conscience ou en tout cas des  
troubles hémodynamiques qui vont être perturbés par des médicaments. Ou par exemple un  
patient qui s'est tailladé, on va d'abord faire la suture ce qui paraît logique. Donc dans ces  
160 cas-là on prend en charge d'abord l'urgence somatique et après c'est l'infirmier psy qui va le  
prendre en charge. Mais si c'est purement psy, c'est-à-dire qu'il n'est pas blessé et qu'il n'y a  
rien, on le confie à l'IDE du secteur psy. Dans tous les cas il voit au moins l'infirmier de  
liaison et le médecin des urgences qui est responsable du patient lorsqu'il est dans les locaux.

Après la nuit c'est des patients qu'on va garder à l'hôpital pour que le lendemain justement ils  
165 puissent voir l'infirmier psy et discuter de ça. S'ils sont ivres c'est pareil on les garde entre  
guillemets en dégrisement et après quand ils sont plus alcoolisés ils vont en discuter avec  
l'infirmier psy. Après on n'a plus la main sur l'orientation psychiatrique car c'est l'infirmier  
psy qui appelle le psychiatre de liaison et puis ils décident ensemble, est ce que je le renvoie  
sur un CMP ? Est-ce que je dois lui proposer une HL ? Est-ce qu'on doit l'hospitaliser en péril  
170 imminent ? Est-ce qu'on fait une demande de tiers ? Ça c'est plutôt lui qui à ce moment-là  
voit avec le psychiatre et décide de l'orientation du patient. Mais nous en tout cas c'est au  
moins l'infirmier psy qui le matin ou la journée s'il est là et le médecin des urgences.

**ESI : Donc ici l'infirmier psy a vraiment un rôle important dans la prise en charge du suicidant.**

175 IDE 3 : Il a un rôle super important parce que déjà il fait la liaison avec l'hôpital psy et que ça articule facilement le transfert de patient, l'hospitalisation, trouver des lits, faire venir le psychiatre c'est hyper pratique, parce qu'il a aussi l'expérience des réseaux c'est-à-dire qui connaît les CMP et psychiatre libéraux. Il a aussi plus d'expérience sur la manière de mener un entretien, tu vois quand on discute avec le patient pour faire le point, etc... Et puis il a le  
180 temps, c'est-à-dire que lui il n'a pas de prise en charge comme nous aux urgences. Globalement ils n'ont pas la même contrainte que les infirmiers aux urgences lorsqu'il y a de l'affluence. Il prend le temps, ils vont au calme dans une pièce à part, dans le petit salon pour réaliser l'entretien avec le patient ou aussi avec la famille. Donc en définitive ils sont plus disponible que nous on peut l'être.

185 **ESI : D'accord. D'après vous l'expérience du soignant aux urgences aide-t-elle à se rendre plus disponible auprès du patient suicidant ?**

IDE 3 : Oui enfin c'est possible, après je pense ce qui fait la différence c'est la charge de travail derrière, que tu sois là depuis 20 ans ou 6 mois, quand c'est le bordel, c'est le bordel. Et à l'inverse quand c'est calme, c'est calme. Donc ce n'est pas le critère prédominant je  
190 pense dans la prise en charge. Après ça dépend peut-être aussi de comment toi tu te sens vis-à-vis du patient suicidant, à savoir si tu es à l'aise avec l'acte. Parce que tu vois demander à un patient parfois à l'accueil pourquoi, moi ce n'est pas quelque chose qui me perturbe mais y en a qui vont pas oser demander est ce que vous allez voulu mourir ou mettre des mots sur l'acte. Et tu vois y en a qui tournent un peu autour du pot ou si le patient il ne parle pas, ils ne  
195 marquent rien quoi. Parfois il faut interroger le patient, à savoir qu'est-ce qu'il a prévu, est ce qu'il avait fait un projet, s'il avait acheté des armes, enfin tu vois quoi. Est-ce qu'il avait élaboré quelque chose. Tu vois des gens... ce n'est pas que tu dédramatises mais c'est qu'à un moment donné il faut être capable d'en parler entre guillemets franco quoi. Et ça effectivement je pense que l'expérience aide à acquérir cette facilité d'échange, après cela  
200 peut aussi augmenter les aprioris ce qui peut freiner la disponibilité du soignant. Parfois tu peux te dire heu... tu as un apriori sur les patients suicidants en général ou tel type de geste et tu dis je ne vais pas discuter avec lui tu vois, même si tu as le temps. Après c'est vrai que si tu as des patients « chiants » chez les suicidants tu n'as pas forcément envie d'aller parler avec

205 eux quoi. Mais ça voilà, ce n'est pas un truc universel. Peut-être un peu quand même l'expérience qui facilite la prise en charge mais c'est la disponibilité aux urgences qui est vraiment vraiment prédominante.

**ESI : D'accord. Donc d'une façon générale qu'est ce qui semble aider ou au contraire freiner l'efficacité d'une telle prise en charge ?**

210 IDE 3 : Bah c'est comment lui il est compliant quoi, c'est-à-dire comment il est d'accord pour se faire aider ou pour parler de ce qui ne va pas. C'est le critère prédominant pour moi. Plus lui il a envie de se faire aider. Déjà s'il accepte entre guillemets l'idée que se faire aider ça peut ne pas être mal. Et puis ça dépend comment il a envie au moment T, s'il a bu ou quoi et envie de se faire aider. Après si y a d'autres trucs déterminants moi je dirais c'est surtout ça après oui c'est aussi comment nous on est disposé à le voir mais heu... Ca répond à ta  
215 question ?

**ESI : Oui. Est-ce que vous avez autre chose à rajouter par rapport à toutes les questions que je vous ai posées en fait ?**

220 IDE 3 : Ecoute pas particulièrement Si globalement ça peut être comment nous on évalue la détresse, après c'est toujours délicat car on est professionnel de santé mais on n'est pas expert en santé mentale comme un infirmier qui peut avoir bossé 15 ans en CMP, il sera plus à même que moi de détecter le patient qui peut verbaliser un mal être et qui va dire que lui a un risque de passage à l'acte imminent. Moi si le patient il ne me dit pas, là je pense que j'ai envie de mourir, je sors et je me fous sous une bagnole, s'il ne me le dit pas tu vois, je n'aurais pas les petits éléments qui vont me permettre de déceler ça et c'est ce qui est  
225 dommage. Au contraire tu as des suicidants qui te disent clairement qu'ils vont « se foutre en l'air du toit » donc là clairement tu te rends disponible quoi, tu te dis pas allez-vous mettre dans la salle d'attente juste à côté des ascenseurs et on ira vous chercher dans deux heures. Donc après ça dépend comment ils verbalisent le risque suicidaire.



# **ANNEXE V**

## **Entretien numéro 4**

**ESI : Je vous explique mon sujet de fin d'étude parle de la prise en charge du suicidant aux urgences, je vais ainsi vous poser une série de question sur le sujet.**

IDE 4 : Ok.

**ESI : Alors, depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?**

5 IDE 4 : Alors ça fait heu...6 ans.

**ESI : Ok. Et depuis combien de temps exercez-vous aux urgences ?**

IDE 4 : 5 ans.

**ESI : Donc la disponibilité accordée par le soignant auprès du suicidant varie-t-elle pour vous en fonction de l'affluence ou du stress aux urgences ?**

10 IDE 4 : Heu... Oui nécessairement oui. Heu... si c'est calme on va pouvoir les faire rentrer tout de suite, les prendre en charge tout de suite, qu'ils soient vus rapidement par le médecin. Dès qu'il y a un peu d'attente c'est un peu plus compliqué pour ce genre de patient heu... qui sont assez demandeurs. Voilà c'est difficile de les laisser patienter parce qu'ils risquent de partir, ils risquent voilà.

15 **ESI : D'accord. Comment définiriez-vous le mot disponibilité.**

IDE 4 : (Marque un grand silence et semble rire nerveusement). ...C'est le temps qu'on pourrait accorder à un patient quoi.

**ESI : D'accord. Ressentez-vous du stress lorsqu'il y a de l'affluence aux urgences ?**

IDE 4 : Oui un petit peu plus oui.

20 **ESI : Un petit peu plus.**

IDE 4 : Après oui, après enfin ça dépend du poste qu'on a. A l'accueil on va être assez stressé parce qu'il faut gérer le flux des patients. Quand on est dans les box entre guillemets c'est peut-être un peu plus facile. C'est vrai que lorsqu'il y a de l'affluence je suis un peu stressé car il faut être en mesure notamment à l'accueil d'avoir un œil sur tout le monde.

25 **ESI : D'accord. D'après vous se peut-il qu'une équipe puisse avoir une idée commune concernant un type de profil par exemple : le patient suicidant ?**

IDE 4 : Heu... tu peux répéter.

30 **ESI : Oui il n'y a pas de problème. D'après vous se peut-il qu'une équipe puisse avoir certaine image, une certaine représentation commune concernant un type de profil par exemple : le patient suicidant ?**

IDE 4 : Ouais, non mais ouais. Je pense que... Enfin pff. Y a effectivement enfin il peut y avoir des gens qu'ont déjà un peu des aprioris, des choses comme cela mais heu... ici on fait beaucoup beaucoup de patients suicidants, intox médicamenteuse, etc... Donc je dirais que c'est notre quotidien donc... non on est pas du tout, enfin je ne pense pas qu'on ait de jugements ou de choses comme ça, enfin parfois certains peuvent peut-être en avoir lorsque un patient revient toujours pour le même motif.

**ESI : Ok. Peut-il y avoir une certaine image négative de ce profil de patient ?**

IDE 4 : Heu... En fait, souvent ce qui nous gêne dans ce type de patient c'est quand il y a de l'agressivité. C'est plus ça en fait qui est dérangeant que le fait que... voilà quelqu'un qui a juste un mal-être psychologique. Non je ne pense pas qu'il y ait de mauvaises images de la part du soignant mais c'est vrai que si il y a de l'agressivité, de l'alcoolisation, des gens qui voilà qui sont violents. Heu... pour nous forcément, des fois c'est un peu plus difficile à gérer. Mais ce n'est pas trop le suicidant, c'est plus... s'il y a un contexte de violence associé ou là pour nous ça va être un peu plus difficile.

45 **ESI : Oui je comprends vous voulez dire si y a des éléments qui se rajoutent à cela.**

IDE 4 : Ouais.

**ESI : Est-ce difficile d'entrer en contact avec ce type de patient ?**

IDE 4 : Heu... Oui y a des fois où, ils ne vont pas verbaliser tout de suite en fait souvent aux urgences en tant que telles, y a pas beaucoup beaucoup de communication par rapport au geste qui a été fait parce que... C'est plus sur les gardes par exemple en UHTC (Unité d'hospitalisation de très courte durée), à ce moment-là après 24 heures ou des fois heu...les

gens vont plus facilement, s'exprimer. Y a des soignants qui parfois n'osent pas forcément parler au patient par crainte d'être peut-être maladroits.

**ESI : Et dans ce cas précis vous vous sentez plus disponible quand vous avez du mal à entrer en contact avec le patient suicidant ?**

55 IDE 4 : Après heu...non. Nous on, enfin moi je respecte, voilà s'il n'a pas envie d'en parler, c'est qu'il n'a pas envie d'en parler quoi. Peut-être qu'il aura envie d'en parler quelques heures plus tard ou... Après s'il sait qu'on est à son écoute, et qu'on peut se dégager un peu de temps, s'il a envie à un moment de verbaliser il verbalisera et il nous sonnera pour autre  
60 chose probablement mais au final ça en découlera. Et nous on a aussi les infirmières de psychiatrie qui viennent tous les jours dans le service.

**ESI : Tous les jours ?**

IDE 4 : Enfin pas tous les jours ouvrables, en fait hors le week-end quoi mais on a les infirmières de psychiatries qui viennent voir ces gens-là et c'est elles qui sont les plus  
65 habituées et les plus formées à cela. Nous nous ne sommes pas assez formés sur tout ce qui est psychiatrie ça vient de notre formation... c'est tout.

**ESI : Ce sont des infirmières de psychiatrie qui viennent d'une structure heu...**

IDE 4 : Ouais c'est le CMP en ville donc c'est-à-dire qu'ils sont présent de 9h à 17h si y a besoin. Ici il est situé en centre-ville et là-bas y a 2 ou 3 infirmières sur je ne sais pas  
70 combien. Elles viennent voir les patients dans la salle de conférence. Dans cette salle ils s'entretiennent avec eux ici avec des patients des urgences ou des lits-porte et aussi dans les services.

**ESI : D'accord. Pour vous quel va être le type de prise en charge d'un patient ayant fait une tentative d'autolyse.**

75 IDE 4 : Heu... d'abord ça va être une prise en charge médicale. ...On va en effet, d'abord, faire la part des choses, c'est-à-dire est-ce que vraiment y a pas d'autres éléments qui expliquent heu... je ne sais pas des troubles de la conscience, ou ce genre de choses. On va s'assurer qu'il n'y a rien d'autre sur le plan psychosomatique. Ensuite ils vont être gardés hospitalisés pour qu'ils soient vus par le CMP qui eux vont décider avec leur psychiatre de

80 référence, afin de savoir s'il y a une hospitalisation à la demande d'un tiers, une hospitalisation en cas de péril imminent, ou si la personne peut rentrer à domicile par exemple avec un suivi psychologique en ville.

**ESI : Oui, d'accord. D'après vous l'expérience du soignant aux urgences aide-t-elle à se rendre plus disponible auprès du patient suicidant ?**

85 IDE 4 : (Silence). Je ne suis pas sûr que ce ne soit que sur la disponibilité en fait.

**ESI : L'expérience vous voulez dire ?**

IDE 4 : Oui, il y a ne serait-ce que pour la communication, l'expérience fait qu'on va peut-être savoir plus trouver les mots quand on a quelques années de diplôme et quand on a vu beaucoup de situations similaires. Je pense que c'est plus sur cet aspect-là voilà que ça joue.

90 La disponibilité c'est plus dans l'aspect où quand on est un peu plus expérimenté on a plus de facilités à rentrer en communication avec le suicidant.

**ESI : D'accord. Moi j'entendais par-là que peut-être en plus de la relation, que cela pouvait être dû à peut-être une meilleure organisation, une meilleure pratique. Et que de ce fait l'expérience permettait peut-être au soignant d'aller plus rapidement au cœur du problème.**

95

IDE 4 : C'est sûr que les nouveaux arrivants vont être déjà beaucoup dans les soins techniques, la technicité parce qu'aux urgences la technicité c'est heu... très important pour bien prendre en charge un patient. Donc c'est vrai que les nouveaux arrivants sont très en attente d'une certaine aisance technique donc ils sont beaucoup dans la technique après on se dégage un petit peu de ça quand on a une certaine confiance en sa technique. Heu... puis il y a l'organisation qui fait que je peux plus facilement passer à d'autres patients car je vais plus vite. Nécessairement je suis plus expérimenté donc je vais plus vite et effectivement oui c'est vrai du coup j'ai un peu plus de temps.

100

**ESI : D'accord. Donc d'une façon générale qu'est-ce qui semble aider ou au contraire freiner l'efficacité d'une telle prise en charge ?**

105

IDE 4 : Inévitablement le temps d'attente, qui est difficile à gérer chez nous. Le temps d'attente ça joue énormément parce que c'est des gens si on les fait patienter ce n'est pas toujours évident. Et bien entendu le comportement du patient.

**ESI : Ok. Je pense que vous avez répondu à pas mal de mes questions mais est-ce que vous avez quelque chose à rajouter par rapport aux questions que je vous ai posées ?**

IDE 4 : Non (rigole).



**IFSI de SAINTONGE**  
**Mémoire de Fin d'étude**

**UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques**

**Auteur :** CHARNEAU Pauline

**Année :** 2015

**nombre de page :** 29

**TITRE :** La prise en charge du suicidant aux urgences

**RESUME :** Durant ma seconde année de formation j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage au sein des urgences. Pendant ce stage de 5 semaines un type de prise en charge a retenu mon attention, c'est pourquoi j'ai choisi d'axer mon travail de fin d'étude sur la prise en charge du suicidant aux urgences. A travers ce travail j'ai cherché à comprendre s'il y avait des paramètres qui pouvaient influencer la prise en charge du suicidant de manière positive ou non. Ainsi dans mon cadre conceptuel j'ai développé le concept de l'urgence, puis je me suis interrogée sur la manière dont étaient perçus les infirmiers et les suicidants aux urgences. Il en est ressorti le fait que les représentations des infirmiers et des suicidants étaient opposés et de ce fait il était probable que cela puisse freiner la relation de soin. Pour finir j'ai développé le concept de disponibilité pour lequel je me suis demandée s'il y avait des facteurs comme le stress ou l'expérience qui pouvaient faciliter ou au contraire freiner l'instauration d'une alliance thérapeutique avec le patient suicidant.

**MOTS CLES :** suicidant, disponibilité, représentations sociales, stress, expérience

**IFSI de SAINTONGE**  
**Memory of the end of studies**

**UE 5.6 S6: Quality analysis and processing of scientific data**

**Autor:** CHARNEAU Pauline

**Year:** 2015

**Number of pages:** 29

**TITLE:** Suicide care in emergency

**SUMMARY:** During my second year of student's training I had the opportunity to train in the emergency department. During the five-weeks of student's training a type of support caught my attention, that's why I chose to focus my final study on the support of suicide attempts in the emergency department. Through this work I have tried to understand if there were parameters that could influence the management of suicide positively or not. So in my conceptual framework I have established a concept of a suicide emergency and I wondered how nurses and suicidal persons interact in the emergency department. It found that the representations of nurses and suicide attempters were opposed and therefore it was hindering the relationship for care. Finally I have established the concept of availability during which I wondered if there were factors such as stress or experience that could facilitate or hinder the establishment of a therapeutic alliance with committing suicide.

**KEY WORDS:** suicide, availability, social representations, stress, experience