



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Gestion de l'agitation dans le Service d'Accueil des Urgences du
Centre Hospitalier de Tourcoing**

Présentée et soutenue publiquement le 9 octobre 2024 à 16 heures
Au Pôle Recherche ou Pôle Formation
Par Louise VANDAËLE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs :

Madame le Docteur Camille DUBOIS

Monsieur le Docteur Louis DUBOIS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Jérémie WALLART

LISTE DES ABREVIATIONS

BVC : Brøset-Violence-Checklist

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DBRS : The Dangerous Behaviour Rating Scale

ECG : Électrocardiogramme

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FEI : Fiche d'Évènement Indésirable

GABA : acide gama-aminobutyrique

HAS : Haute Autorité de Santé

IOA : Infirmier organisateur de l'accueil

IM : Intramusculaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

ITT : Incapacité Totale de Travail

IV : intraveineuse

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

PC : Poste Sécurité

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAU : Services d'Accueil des Urgences

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

USLD : Unités de Soins de Longue Durée

UTP : Unité Tourquennoise de Psychiatrie

VRAG : The Violence Risk Appraisal Guide

Table des matières

RESUME.....	10
INTRODUCTION	11
I. Contexte.....	11
a) Histoire du Centre Hospitalier de Tourcoing en octobre 2016.....	11
b) En France	12
c) Au sein de l'hôpital.....	12
d) A l'étranger	13
II. Définition de l'agitation	14
a) Agitation.....	14
b) Facteurs de risque	14
c) Échelles d'évaluation.....	15
III. Les options proposées en réponse à la menace dans certains services.....	15
a) Violences extrahospitalières/ SMUR.....	16
b) Les techniques de désescalade.....	16
c) Traitement sous contrainte : Contention physique et chimique.....	16
d) L'isolement.....	18
e) Conclusion.....	18
IV. Au niveau éthique.....	19
a) Cadre réglementaire	19
b) Consentement	20
c) Evolution.....	21
V. Problématique	23
MATERIEL ET METHODE	24
I. Type d'étude.....	24
II. Design de l'étude.....	24
a) Chronologie de l'étude.....	24
b) Description du questionnaire	24
c) Population étudiée.....	24
III. Recueil des données.....	25
a) Information des participants.....	25
b) Comité éthique.....	25
IV. Analyse des données	25
V. Objectifs de l'étude.....	26
RESULTATS	27

I.	Données de la population de l'étude	27
II.	Confrontation à l'agitation dans le service des urgences	29
a)	Population concernée	29
b)	Sécurité aux urgences	30
c)	Réponse à l'agitation en fonction du type de patient	31
d)	Secteur des urgences les plus associés aux agitations.....	32
III.	Réponse physique à l'agitation	33
IV.	Surveillance de la contention	35
V.	Le ressenti face à la gestion de l'agitation.....	36
VI.	Formation et évolution.....	37
a)	Formations antérieures.....	37
b)	Mise à jour de la formation	38
c)	Améliorations potentielles.....	39
	DISCUSSION.....	40
I.	Population paramédicale.....	40
II.	Population de patients.....	42
a)	Patients âgés, déments	42
b)	Patients éthyliques.....	43
c)	Patients avec troubles psychiatriques.....	44
III.	Le service.....	45
a)	Les soins externes.....	45
b)	IOA	46
c)	Les salles d'examens	47
IV.	La réponse à l'agitation	48
V.	Le ressenti du personnel	49
VI.	Evolution	49
	CONCLUSION.....	52
I.	Propositions de formations.....	52
a)	Formation OMEGA	52
b)	Méthode « Grouille-Smolis »	53
II.	Poursuivre la formation au centre Hospitalier de Tourcoing	53
	BIBLIOGRAPHIE	55
	TABLE DES TABLEAUX.....	59
	TABLEAU DES FIGURES.....	59

RESUME

Introduction : Les services d'accueil des urgences (SAU) font face à l'agitation et à l'agressivité des patients ou de leurs familles. Cette étude évalue la connaissance, la gestion et le ressenti du personnel soignant face à ces situations.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale auprès du personnel soignant du SAU de Tourcoing, avec un questionnaire diffusé entre novembre et décembre 2023. Avec 59 répondants (70 % de participation), l'enquête a permis d'évaluer la gestion des situations d'agitation et le ressenti des soignants face à ces événements.

Résultats : La population étudiée est surtout féminine (55,93 %), âgée de 30 à 50 ans (52,54 %), et travaille aussi bien de jour (40,68 %), de nuit (22,03 %), ou en alternance (35,59 %). La majorité du personnel travaille aux urgences depuis moins de 10 ans (62,71 %) et a déjà été confrontée à des situations d'agitation dans la grande majorité des cas. Seuls 20,34 % se sentent en sécurité. La gestion de l'agitation est jugée inadaptée pour les personnes âgées démentes (72,88 %), les cas de prise de toxiques (61,02 %), et les maladies psychiatriques (61,02 %). Les secteurs les plus touchés par l'agitation sont les salles d'examen et la zone d'attente (88,14 % et 86,44 %). La contention totale est rare (16,95 %). La surveillance de la contention est assurée dans 44,07 % des situations. Le personnel ressent souvent de la peur, de l'insécurité et de l'impuissance, bien que 67,80 % se sentent capables de gérer ces situations. Il y a peu de débriefing (71,19 %) et peu de formation (16,95 %). Une majorité serait favorable à un renouvellement des formations. Le personnel exprime un besoin accru de matériels supplémentaires et de personnel adapté.

Conclusion : La majorité du personnel soignant du SAU de Tourcoing souhaite remettre à jour leur connaissance sur l'agitation en renouvelant les formations.

INTRODUCTION

I. Contexte

Jean-Paul Sartre disait en 1983 dans les *Cahiers pour une morale* : « La violence n'est pas un moyen parmi d'autres d'atteindre la fin, mais le choix délibéré d'atteindre la fin par n'importe quel moyen ». Cette citation recouvre l'une des finalités de l'usage de la violence, véritable arme détruisant les relations entre les individus (1).

Les SAU ont depuis toujours été confrontés à des situations difficiles telles que l'agitation et l'agressivité des patients ou de leurs familles. D'occurrence quotidienne, leur incidence reste modérée : la prévalence au sein des services d'urgence serait comprise entre 0,8 et 1,2% de la totalité des passages (2).

Ces agitations peuvent être de l'ordre de la confusion chez les personnes les plus âgées, de la prise de toxiques, de troubles psychiatriques ou encore la gestion des familles et de leurs angoisses.

a) Histoire du Centre Hospitalier de Tourcoing en octobre 2016

Au centre hospitalier de Tourcoing, plusieurs actes de violence se sont produits ces dernières années, en particulier en octobre 2016 (3), avec l'agression du personnel médical et paramédical par la famille d'un patient. Une quinzaine de personnes d'une même famille était venue aux urgences pour accompagner un patient âgé victime de « désorientation ». Deux médecins avaient été frappés après une altercation, une interne avait été projetée au sol.

Une semaine après cet événement, une seconde tentative d'agression par un homme voulant entrer dans l'enceinte des urgences, avec cette fois-ci une arme, avait pu être maîtrisé par la sécurité (4).

b) En France

En regardant l'ensemble des SAU en France, plusieurs cas d'agressions ont été récemment recensés ;

En février 2023 à Boulogne-Billancourt, à l'hôpital Ambroise-Paré, un patient a agressé les membres du personnel médical provoquant 5 blessés légers. Il avait pu être maîtrisé par la sécurité et la mise en place de contention (5).

Encore plus récemment, en août 2023, au SAU de Trévenans, deux infirmières ont été agressées verbalement et physiquement avec tentative d'étranglement justifiant 15 jours d'Incapacité Totale de Travail (ITT) (6).

En août 2023, à Strasbourg à l'hôpital Hautepierre, une aide-soignante a reçu un coup de pied au visage par un patient alcoolisé en voulant lever ses contentions (7).

Ces événements reflètent le quotidien des urgences mais ne sont que la partie déclarée et recensée, ne constituant qu'une infime partie de la réalité.

c) Au sein de l'hôpital

Les problèmes d'agressions aux urgences font d'autant plus écho à cause de leurs augmentations croissantes, du manque de personnel paramédical, de la difficulté à gérer ces situations qui ne relèvent pas d'une prise en charge médicale stricto sensu et avec un personnel qui n'est pas formé à la gestion des différentes situations.

Selon un rapport de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS), parmi les violences intra hospitalières (physiques et verbales), les urgences figurent dans le top 3 en pourcentage et en nombre de signalements des événements à type de violence avec un taux à 12,2%, derrière les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) avec un taux à 12,5%, et de la psychiatrie avec un taux à 22,2% (8). Elles représentent 0,8 à 1,2% des passages aux urgences (9).

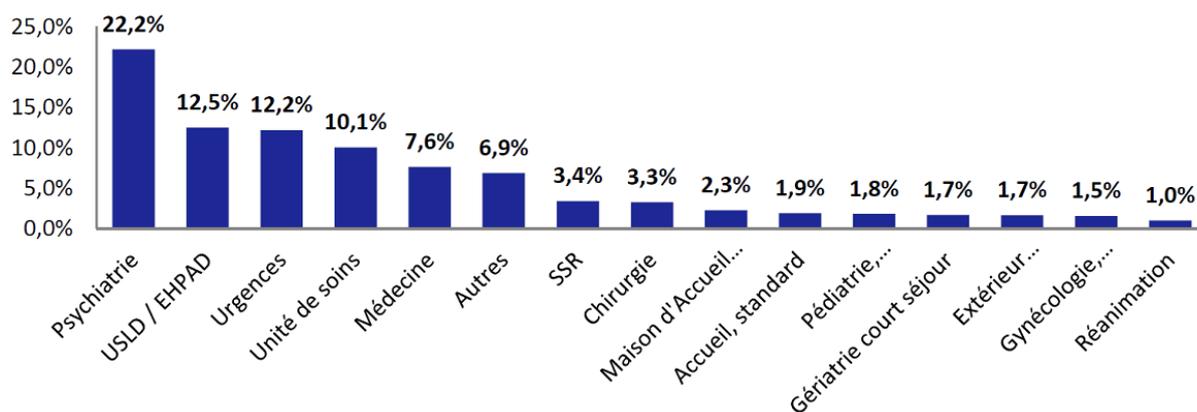


Figure 1 : Répartition des événements par type de structure, service et lieu pour les signalements dépassant 1% (2021)
 Source : Établissements de santé : baisse globale des signalements de violences mais des insultes en progression en 2021 (rapport ONVS)

d) A l'étranger

Le personnel soignant peut être amené à être formé pour reconnaître une situation à risque. Du personnel non soignant (vigiles) est également mis en place assurant la sécurité.

Aux États-Unis, sur une période de 14 ans, 115 incidents aux SAU avec des individus armés ont été recensés (10).

Devant cette majoration de la violence, les équipes ont dû s'adapter et se préparer à de nouveaux incidents en reconnaissant une situation de danger, en répétant les scènes d'intervention, en débriefant après les incidents, avec par exemple mise en place de Fiches d'Événements Indésirables (FEI) et de réunions pour éviter la récurrence. De plus, dans de nombreux centres, des vigiles sont également présents et armés afin de répondre au plus vite à la demande du personnel hospitalier.

Des portes coupe-feu ont été mises en place avec des codes afin d'éviter toute intrusion de personnel non hospitalier. Enfin, des téléphones dans les bureaux médicaux et paramédicaux sont disponibles et ont un lien direct avec la police (10).

II. Définition de l'agitation

a) Agitation

L'agitation se définit comme une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel pouvant entraîner une agressivité vis-à-vis des objets ou des personnes (2).

Les états d'agitation touchent les différentes classes d'âge, on peut les rencontrer chez les patients comme chez leurs accompagnants. Ils mobilisent l'essentiel de l'effort du personnel soignant.

Les différentes formes d'agitation peuvent correspondre à :

- Des causes organiques comme l'hypoxie, l'hypercapnie, les états de choc, l'hypoglycémie.
- Les causes toxiques avec l'alcool, les stupéfiants ou les médicaments.
- Les causes psychiatriques (accès maniaque, bouffée délirante aiguë...) (2).
- Les causes neuropsychiatriques définies comme survenant chez des patients présentant un déficit cognitif ou un syndrome de démence (11).

b) Facteurs de risque

Il existe des facteurs de risque qui peuvent induire ces états d'agitation (12) :

- Des facteurs démographiques : sexe masculin, célibataire ou divorcé, chômage, âge jeune.
- Les antécédents : activités illégales, incarcération, antécédents de violence, le nombre d'admissions aux urgences.
- Les conditions d'admission : amené par la police.
- Les comportements : antécédents de tentative de suicide, anxiété, troubles psychiatriques connus (psychose, hallucinations...), tristesse, prise de toxiques.

Le niveau de preuve entre ces facteurs est faible. C'est pourquoi il est important de regarder les facteurs dynamiques comme l'état actuel du patient et le contexte actuel au moment de la prise en charge (13,14).

c) Échelles d'évaluation

Afin de mieux évaluer ces situations, certaines échelles sont également utilisées (validées dans les milieux psychiatriques essentiellement) afin d'améliorer la précision de la prédiction à court terme de la violence en milieu hospitalier avec par exemple le « Brøset-Violence-Checklist » (BVC) avec un score allant de 0 (risque de violence faible) à supérieur à 2 (risque de violence très élevé entraînant des mesures préventives à prendre pour gérer la violence potentielle) (15).

D'autres outils peuvent être utilisés en psychiatrie pour évaluer les risques cliniques avec des niveaux de preuve assez limités comme « The Dangerous Behaviour Rating Scale » (DBRS) qui comprend plusieurs items avec une évaluation de la personnalité, de la situation, des variables liées au mode de vie et à d'autres facteurs liés au risque, ou encore « The Violence Risk Appraisal Guide » (VRAG) basé sur des échantillons de personne ayant commis des agressions graves avec prédiction du risque de récurrence (16).

III. Les options proposées en réponse à la menace dans certains services

En France, devant la majoration des cas de violence, l'hôpital a dû s'adapter et proposer des solutions afin d'essayer de protéger et d'améliorer la sécurité du personnel soignant.

a) Violences extrahospitalières/ SMUR

Les violences sont présentes en milieu hospitalier mais également en milieu extrahospitalier avec les équipes de Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Certaines équipes ont dû s'équiper de gilets pare-balles comme par exemple pour le Service d'Aide Médicale Urgence (SAMU) 83 (17,18).

b) Les techniques de désescalade

C'est une intervention précoce, recommandée pour gérer l'agressivité afin d'éviter une escalade vers la phase de crise. Elle vise à établir une relation positive entre « l'agresseur » et le personnel en reconnaissant précocement les signes d'une escalade vers la colère et approcher la personne de manière calme.

Il existe plusieurs techniques visant à éviter la confrontation comme utiliser un langage apaisant, avoir une attitude non agressive, accroître le sens de l'autonomie, la conscience de l'espace personnel et avoir une posture appropriée (19).

c) Traitement sous contrainte : Contention physique et chimique

Le contention peut englober toutes les mesures médicales appliquées sous la contrainte, dans le but de préserver ou de recouvrer la santé (20).

Elle est utilisée en cas d'approche relationnelle inefficace.

Cela peut comprendre la contention chimique et la contention mécanique/physique.

1. Chimique

La contention chimique consiste à administrer un médicament. La voie entérale doit être privilégiée : moins traumatique, elle menace moins la relation thérapeutique ultérieure. Lorsqu'un patient ne peut être amené à accepter un traitement par voie orale, les alternatives sont les voies intramusculaires ou intraveineuses, avec une nette préférence pour la voie intramusculaire en raison d'aspects pratiques (21).

Les médicaments de choix dans le traitement de l'agitation sont les benzodiazépines (lorazépam, diazépam, clonazépam). Elles sont efficaces et rapides d'action dans le contrôle symptomatique de l'agitation. Leur intérêt réside dans leur effet sédatif et anxiolytique. Elles imposent une surveillance des paramètres ventilatoires.

Les antipsychotiques peuvent également être utilisés mais ils présentent plus d'effets secondaires avec un besoin de surveillance de l'allongement du QT corrigé en réalisant un électrocardiogramme (ECG) compliquant leur administration en urgence en cas d'agitation (21).

2. Physique

Définie comme toute méthode qui comprend l'application, le contrôle et le retrait de dispositifs de fixation mécanique (ceintures, bracelets de cheville, rails) utilisés pour limiter directement la mobilité physique (22).

Il a été montré que la contention physique était à utiliser en dernier recours après que toutes les techniques de communication et de désescalade aient été utilisées, devant un nombre important d'effets négatifs avec un taux de syndrome de stress post traumatique allant de 25 à 47% (23).

En théorie, le personnel doit être expérimenté sur ce genre de situation et en nombre suffisant (au minimum 5 personnes) (9).

Il est conseillé de disposer de matériels de contention, régulièrement vérifiés et facilement accessibles. Parfois certains services peuvent disposer d'un brancard préalablement équipé de sangles de maintien, permettant de réduire le temps de mise en œuvre.

La contention doit être réalisée en « cinq points » avec une attache pour chaque membre et une ceinture ventrale. Certains dispositifs utilisent une

contention de type « harnais », permettant le maintien du torse et des épaules au niveau du lit ou du brancard (9).

d) L'isolement

L'isolement désigne le fait de placer un patient dans une chambre verrouillée et ainsi séparée de l'équipe de soins et des autres patients. Cette pratique ne doit être effectuée que dans un but thérapeutique, permettant d'apaiser l'agitation (24).

Elle est réalisée le plus souvent en urgence avec une intervention qui vise la maîtrise d'un comportement mettant en danger la sécurité du patient et/ou d'autrui. Elle intervient quand les mesures de communication n'ont pas permis de désamorcer la crise et qu'il y a un risque de blessures imminent (patients hétéro-agressifs, agitation ingérable, comportement de désinhibition, troubles du comportements majeurs) (25).

Une surveillance spécifique et rapprochée est nécessaire chez ces patients pour garantir leur sécurité ainsi que celle d'autrui.

e) Conclusion

Pour chaque situation, la prise en charge des patients agités doit suivre la même séquence avec une prise en charge de la moins invasive à la plus invasive avec orientation vers un lieu plus adapté, la prise en charge par une équipe formée avec utilisation de techniques verbales, une évaluation médicale, l'utilisation de médicaments et si cela n'est pas suffisant, l'utilisation d'une contention mécanique (12).

Parfois, quand toutes ces techniques ont été développées et qu'il persiste un risque de dangerosité aigue, les soignants mobilisent leurs connaissances sur la gestion de l'agressivité et /ou font appel aux renforts nécessaires : collaborateurs d'une autre équipe de soins, agents de sécurité et si nécessaire, police.

IV. Au niveau éthique

a) Cadre réglementaire

1. Prescription

Dans le cadre de la privation temporaire de liberté, l'utilisation de la contention doit se faire dans un cadre thérapeutique, à partir d'une prescription médicale immédiate ou différée, et impose par la suite des modalités strictes de surveillance du patient (9).

En effet la contention doit être inscrite dans le dossier du patient et un protocole de surveillance doit également être mis en place, il s'agit d'une obligation médico-légale.

Dans la surveillance il sera noté la date, l'heure et l'indication de la contention.

Il doit y avoir des surveillances régulières des paramètres vitaux, la surveillance de l'hydratation, la position des sangles et leur caractère non compressif et non douloureux (9).

De par la fréquence importante des états d'agitation dans les SAU, les personnels soignants de ces unités doivent être formés à ce type de pratique pour en connaître non seulement les modalités, mais également les effets indésirables qui peuvent en découler (9).

2. Mesures mécaniques et chimiques

Selon l'article 2 du Code de déontologie médicale, le médecin exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (26).

C'est pourquoi la contention physique doit systématiquement être associée à la prescription d'un traitement sédatif, le plus souvent un neuroleptique ou une benzodiazépine (9).

3. Personnel médical et non médical

En théorie, un psychiatre doit pouvoir être sollicité dans un délai raisonnable pour avis. Sa présence n'est pas obligatoire à la phase aiguë.

De même, dans les cas d'agitation extrême et de menace imminente de passage à l'acte hétéroagressif, un agent de sécurité devrait pouvoir être sollicité, tout comme les forces de l'ordre dans les cas mettant en péril la sécurité du personnel ou des autres patients du service (9).

b) Consentement

En médecine, une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée ait donné son consentement libre et éclairé (27).

Parfois cette règle ne peut pas être appliquée.

Dans le cadre de la contention, les soignants sont donc contraints parfois de limiter la liberté du patient et donc de l'immobiliser. Il doit y avoir un rapport proportionnel ou raisonnable entre la limitation de liberté (la contention) et le préjudice grave, qui sans cette mesure, serait causé à la santé, à l'intégrité ou au climat de soins.

Les soignants doivent toujours essayer d'établir un dialogue avec le patient et le maintenir.

Afin de limiter au mieux cette privation transitoire de liberté, il faut :

- Expliquer les mesures de privation de liberté avant, pendant et après leur application. Selon la Charte du patient hospitalisé, le soignant doit donner une information simple, accessible, intelligible et loyale (28).
- Dans un principe de respect de la dignité humaine, les soignants doivent adopter une attitude respectueuse de la personne.

- Il faut également prêter attention au vécu personnel du patient. Ceci permettra de limiter la sensation d'un abus de pouvoir de la part des soignants, d'une volonté d'humilier ou de punir alors que ce n'est pas le cas (29).

c) Evolution

1. Plateforme de signalement

L'ONVS existe depuis 2005. Cette plateforme s'étend au secteur médico-social et offre la possibilité de déclarer des faits de violence (30).

Elle recueille sur la base du volontariat, les signalements de faits de violence commis dans les établissements, dont l'hospitalisation et les soins à domicile, et sur la voie publique (et depuis 2020 dans le cadre de l'exercice libéral). Il publie un rapport recensant et analysant ces faits, élabore et diffuse des outils et des bonnes pratiques et encourage la coordination des acteurs de terrain (31).

Le rapport de l'ONVS en 2022 rapportait que la lutte contre les atteintes aux personnes et aux biens était un enjeu capital car cela entraînait des impacts négatifs (32) :

- Désorganisation des services
- Coût humain (personnel en souffrance, arrêt de travail, sentiment d'insécurité, difficulté de recrutement)
- Atteinte à la mission de service public (mise en danger de l'accès aux soins et de leur continuité)

En conclusion, ce rapport proposait des mesures afin de faire évoluer la situation :

- Prévention primaire : prévenir la violence
 - o Les formations, les échanges et l'information : en apprenant au plus tôt à gérer les situations d'agressivité verbales et physiques, avec des formations adaptées au contexte du travail.

- Analyse des FEI.
- Vidéo protection en utilisant de la vidéosurveillance.
- Prévention secondaire : faire face à la violence.
 - Mettre en place ce qui a été appris lors des formations, sachant qu'un recyclage est nécessaire pour ne pas oublier ce qui a été appris.
 - Fournir des outils de sécurité comme des alarmes qui doivent diffuser l'alerte dans l'ensemble du service voir du Poste Central (PC) Sécurité pour une intervention au plus vite des renforts.
 - Cultiver une relation de proximité régulière avec la police et la gendarmerie pour une intervention dans les meilleurs délais.
- Prévention tertiaire : soutenir la victime et lui donner les moyens de se reconstruire (32).

2. Projet de loi

Depuis plusieurs années, près de 20 000 signalements de violence à l'encontre des personnels soignants sont enregistrés par an. Face à la hausse de ces violences, un plan national pour la sécurité des professionnels de santé a été présenté fin septembre 2023 par le gouvernement (33).

Il a pour ambition de renforcer la réponse pénale aux violences faites aux soignants et aux personnels des établissements de santé dans l'exercice de leur fonction (34).

Cette loi a pour projet :

- Prévoir des peines aggravées en cas de violence ou de vol en milieu hospitalier, pour tous les personnels (médical et non médical) et dans tous les secteurs de santé (clinique, Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), pharmacie, laboratoire).
- Création d'un délit d'outrage sur le personnel de santé.

- Dépôt de plainte facilitée (autoriser celui qui porte plainte à déclarer comme domicile l'adresse de son ordre professionnel ou du commissariat ou de la gendarmerie).
- Bilan annuel des violences dans les établissements de santé (35).
- Permettre à l'employeur de se constituer partie civile et déposer plainte après avoir recueilli l'accord de la victime (8).

V. Problématique

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la connaissance sur les différentes agitations, leurs gestions respectives et de faire un point sur le ressenti du personnel soignant face à celles-ci.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, transversale et unicentrique.

II. Design de l'étude

a) Chronologie de l'étude

Un questionnaire (annexe 1) a été distribué au personnel paramédical du SAU du centre hospitalier de Tourcoing. Les résultats de ce questionnaire ont été recueillis entre Novembre 2023 et Décembre 2023.

b) Description du questionnaire

Celui-ci est divisé en 5 parties distinctes et composé de 16 questions. Il a été élaboré afin d'évaluer :

- Le profil du répondant
- Les antécédents de confrontation à des situations d'agitation dans le service
- La réponse à l'agitation avec les contentions chimiques comme physiques
- La surveillance des méthodes mises en œuvre
- Le ressenti du soignant lors de la gestion de ces patients
- La demande sur les besoins du personnel pour mieux prendre en charge ses situations

c) Population étudiée

La population était l'ensemble du personnel paramédical, infirmiers et aides-soignants travaillant dans le service d'urgence et du SMUR du centre hospitalier de Tourcoing au moment de la période d'inclusion.

L'ensemble du personnel a pu être classé en fonction de plusieurs catégories :

- En fonction du sexe
- En fonction de l'âge
- Le mode d'exercice : travail de nuit, de jour, en alternance jour/nuit
- Le nombre d'années passées à travailler aux urgences

III. Recueil des données

a) Information des participants

Une lettre d'information (annexe 2) a été distribuée initialement afin de renseigner les participants aux objectifs et à l'organisation de l'étude.

Sur les 84 membres du personnel paramédical de Tourcoing, 59 questionnaires ont été recensés soit un taux de participation de 70 %.

b) Comité éthique

Cette étude porte sur le recueil des données n'impliquant pas la personne humaine, conformément à l'article 1121-1 du Code de la Santé Publique, cette étude ne nécessite pas l'approbation d'un Comité de Protection des Personnes.

L'accord du comité de protection des données du Centre Hospitalier de Tourcoing pour l'organisation de cette étude et l'utilisation des données a été obtenu.

IV. Analyse des données

Nous avons réalisé des analyses descriptives

V. Objectifs de l'étude

Évaluation de la gestion des états d'agitation au niveau du personnel paramédical du SAU du centre hospitalier de Tourcoing. L'objectif secondaire était d'étudier les besoins de formation du personnel hospitalier du SAU.

RESULTATS

59 questionnaires remplis par les personnels paramédicaux ont été analysés.

I. Données de la population de l'étude

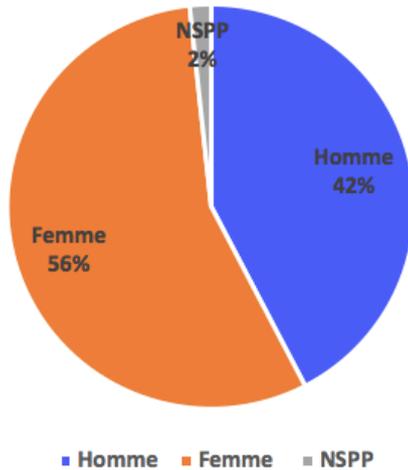


Figure 2 : Population de l'étude

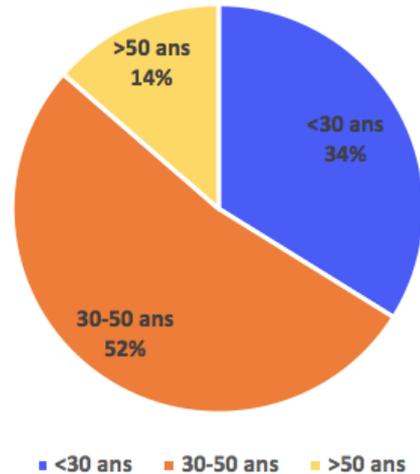


Figure 3 : Âge de la population de l'étude

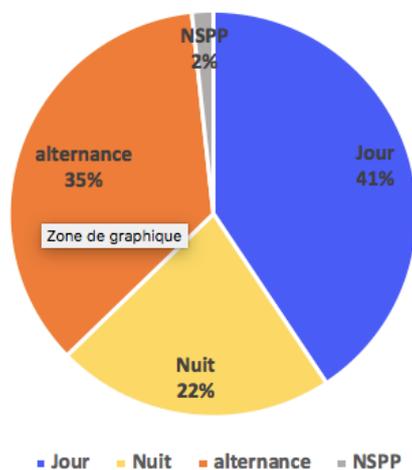


Figure 4 : Postes du personnel

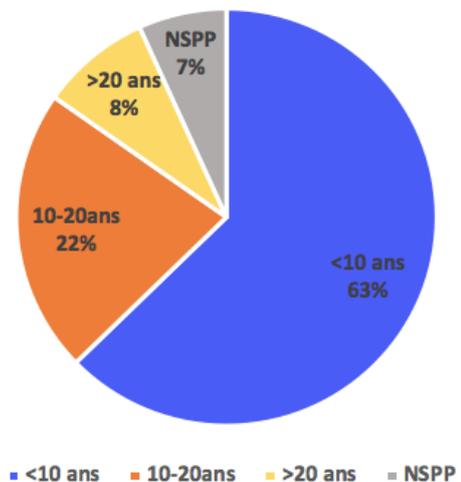


Figure 5 : Durée d'exercice aux urgences

Les personnels interrogés sont répartis en fonction de leur sexe (figure 1) et de leur âge (figure 2).

Ils ont également été évalué en fonction du poste de jour, de nuit ou alternance jour-nuit.

De la même façon, l'ancienneté a été regroupée en 3 catégories (figure 5) :

- Moins de 10 ans
- Entre 10 et 20 ans
- Plus de 20 ans

		Nombre (n)	Pourcentage (%)
Genre	Homme	25	42,37
	Femme	33	55,93
	Ne se prononce pas	1	1,70
Age	<30 ans	20	33,90
	30-50 ans	31	52,54
	>50 ans	8	13,56
Poste	Jour	24	40,68
	Nuit	13	22,03
	Alternance jour/nuit	21	35,60
	Ne se prononce pas	1	1,69
Expérience passée aux urgences	<10 ans	37	62,72
	10-20 ans	13	22,03
	>20 ans	5	8,47
	Ne se prononce pas	4	6,78

Tableau 1 : *Population de l'étude*

La répartition homme-femme du personnel des urgences est équilibrée avec tout de même une prédominance féminine avec 55,93% de femmes contre 42,37% d'hommes.

Le personnel paramédical se situe majoritairement dans la tranche d'âge des 30-50 ans pour 52,54% du personnel (33,90% se situe dans les moins de 30 ans et 13,56% dans les plus de 50 ans).

De plus, le personnel analysé travaille majoritairement le jour pour 40,68% des cas, en alternance jour-nuit pour 35,59%, et minoritairement la nuit pour 22,03% des cas.

Au niveau de l'ancienneté, le personnel est le plus souvent jeune avec 62,71% qui travaille depuis moins de 10 ans dans le service des urgences.

La population étudiée est donc assez bien répartie entre les hommes et les femmes, relativement jeune, arrivée assez récemment dans le service et ayant des postes le plus souvent de jour ou alternance jour-nuit.

II. Confrontation à l'agitation dans le service des urgences

a) Population concernée

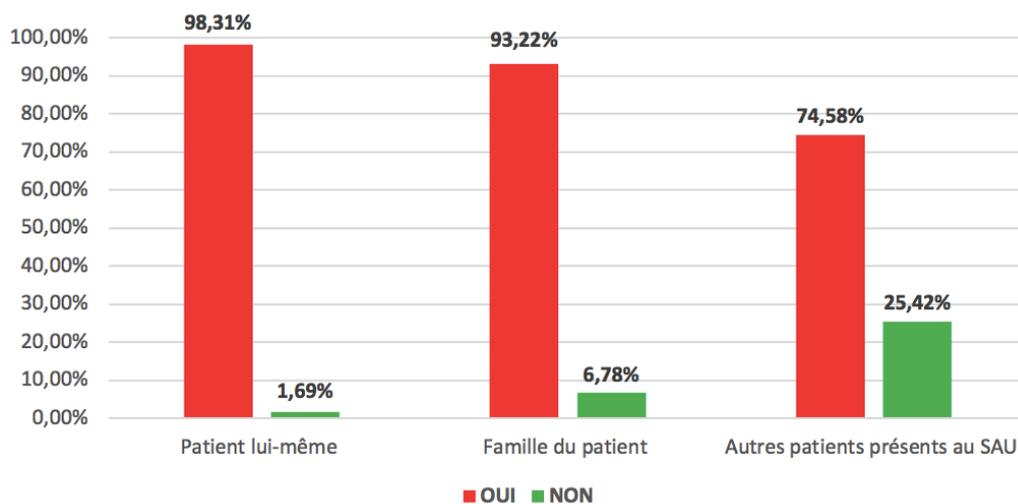


Figure 6 : *Confrontation à un état d'agitation*

	Oui		Non	
	Nombre (n)	Pourcentage (%)	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Patient lui-même	58	98,31	1	1,69
Famille du patient	55	93,22	4	6,78
Autres patients	44	74,58	15	25,42

Tableau 2 : *Confrontation à un état d'agitation*

Dans la majorité des cas, le personnel a été confronté à une situation d'agitation ;

- Dans 98,31% des cas il s'agit du patient.
- Dans 93,22% des cas il s'agit de la famille d'un patient.

- Dans 74,58% des cas il s'agit des autres patients présents dans les urgences qui se sont manifestés face à l'agitation d'un patient au sein des urgences.

b) Sécurité aux urgences

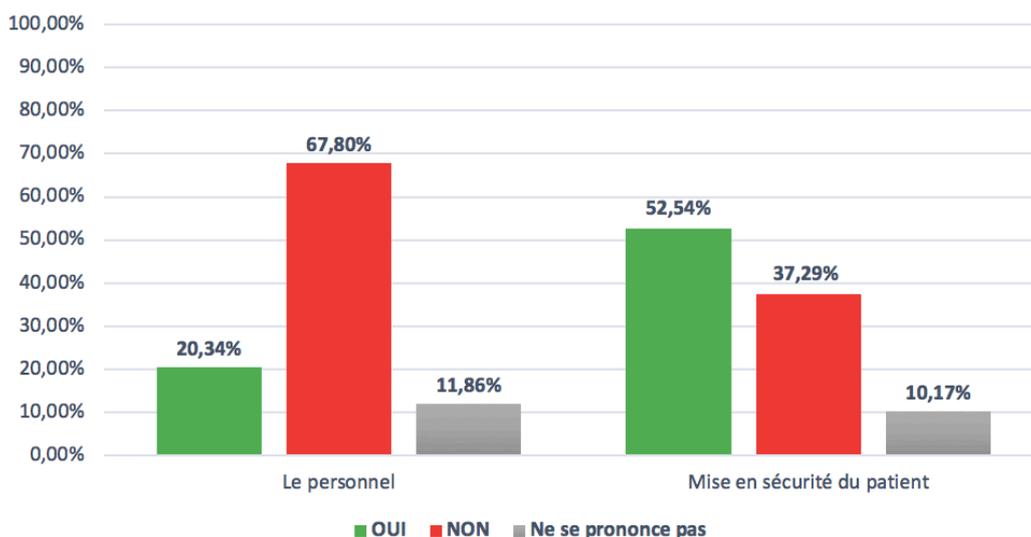


Figure 7 : *Mise en sécurité*

	Oui		Non		Ne sais pas	
	Nombre (n)	Pourcentage (%)	Nombre (n)	Pourcentage (%)	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Vous (le personnel)	12	20,34	40	67,80	7	11,86
Patient (mettre le patient en sécurité)	31	52,54	22	37,29	6	10,17

Tableau 3 : *Mise en sécurité*

La majorité du personnel soit 67,80% ne se considère pas en sécurité lors de l'intervention sur un patient agité. Par contre, 52,54% considère mettre le patient agité en sécurité après les mesures visant à le maîtriser.

c) Réponse à l'agitation en fonction du type de patient

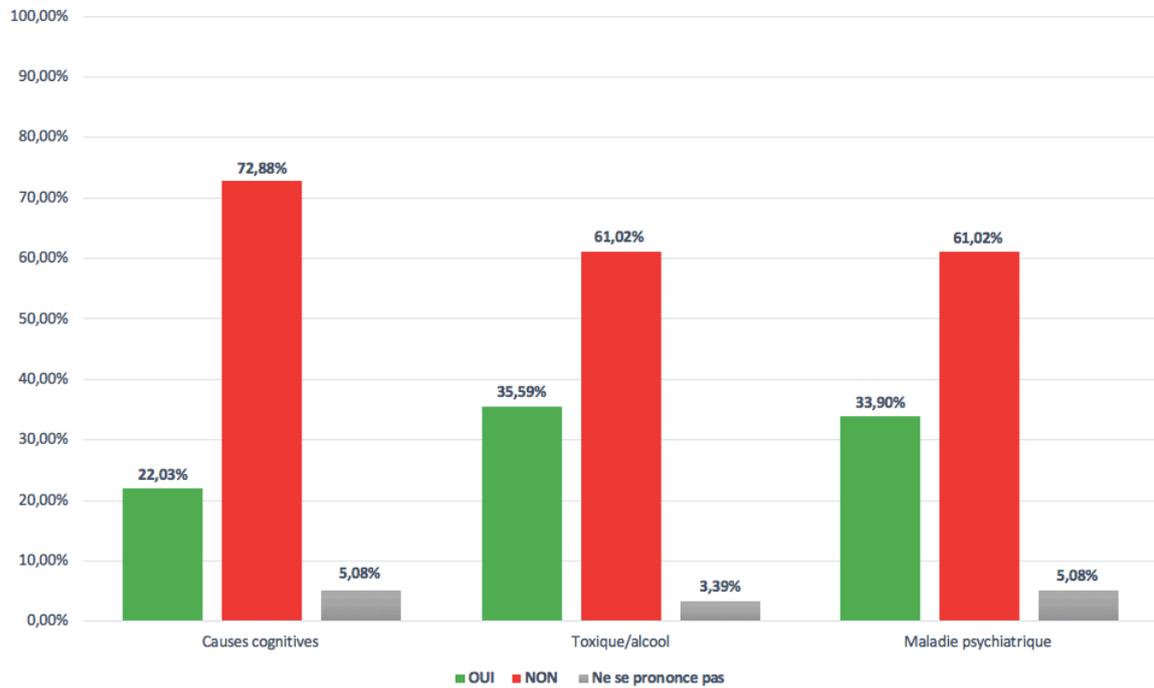


Figure 8 : Adaptation de la réponse à l'agitation

	Oui		Non		Ne sait pas	
	Nombre (n)	Pourcentage (%)	Nombre (n)	Pourcentage (%)	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Déments/ Personnes âgées	13	22,03	43	72,88	3	5,08
Toxique/ Alcool	21	35,59	36	61,02	2	3,39
Maladie psychiatrique	20	33,90	36	61,02	3	5,08

Tableau 4 : Adaptation de la réponse à l'agitation

La prise en charge du patient agité est majoritairement considérée comme non adaptée par le personnel :

- Dans 72,88% des cas pour une personne âgée avec démence,
- Dans 61,02% des cas en cas de patient alcoolisé ayant pris des toxiques
- Dans 61,02% des cas en cas de maladie psychiatrique.

d) Secteur des urgences les plus associés aux agitations

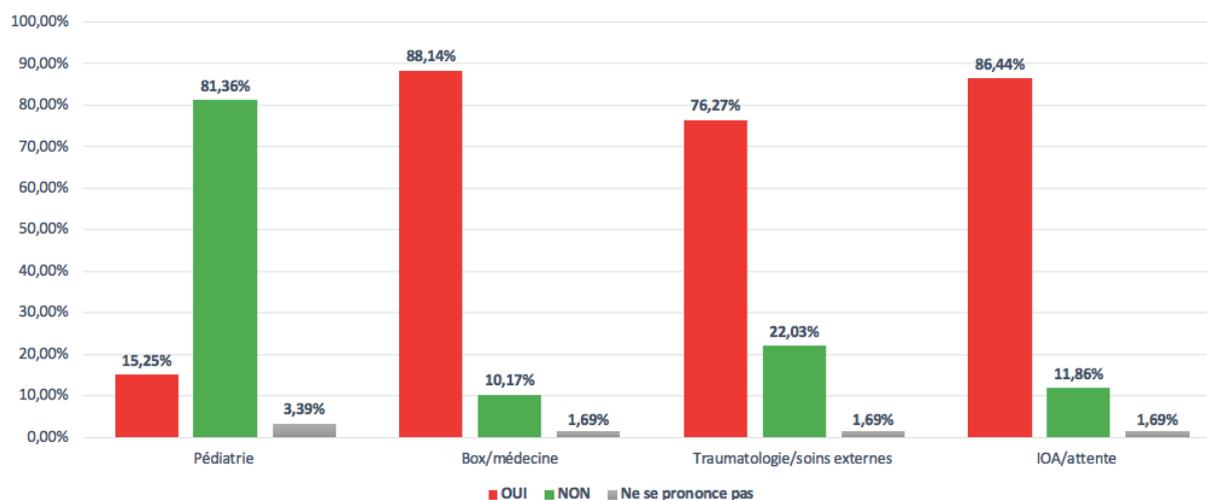


Figure 9 : Différents secteurs des urgences

	Oui		Non		Ne se prononce pas	
	Nombre (n)	Pourcentage (%)	Nombre (n)	Pourcentage (%)	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Pédiatrie	9	15,25	48	81,36	2	3,39
Box/médecine	52	88,14	6	10,17	1	1,69
Traumatologie/ Soins externes	45	76,27	13	22,03	1	1,69
IOA/attente	51	86,44	7	11,86	1	1,69

Tableau 4 : Différents secteurs des urgences

Les secteurs les plus associés à ce type de situation dans le service des urgences de Tourcoing sont :

- Les salles d'examen de médecine pour 88,14% des cas.
- L'Infirmier Organisateur de l'Accueil (IOA) et l'attente médicale pour 86,44% des cas.
- La traumatologie/les soins externes pour 76,27% des cas.

A contrario, 81,36% du personnel estime que le secteur de pédiatrie n'est pas le secteur le plus exposé aux situations d'agitation.

III. Réponse physique à l'agitation

La prise en charge d'un patient agité se fait essentiellement sur 2 mesures de contention lorsque la négociation verbale n'est plus suffisante : la contention physique et chimique.

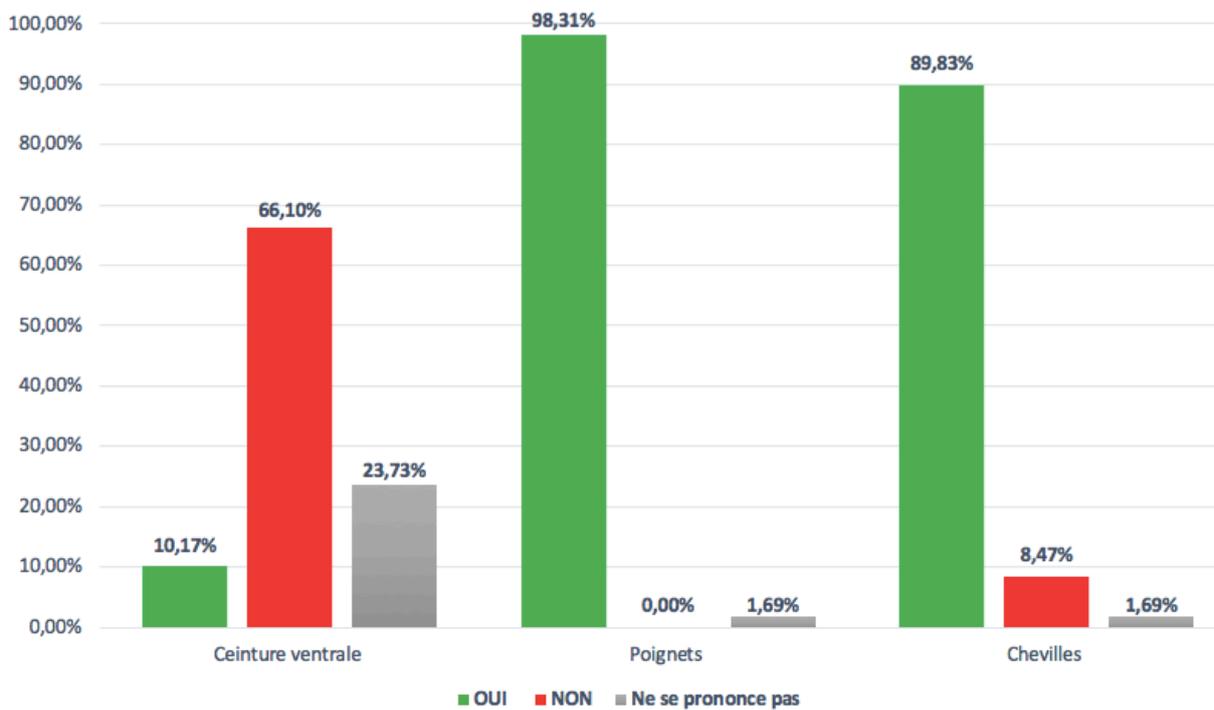


Figure 10 : *Méthode de contention physique*

En interrogeant le personnel sur la mise en place de la contention physique, on constate que respectivement dans 98,31% et 89,83% des cas, les liens de poignets et de chevilles sont utilisés. Par contre, 10,17% seulement disent utiliser la ceinture ventrale.

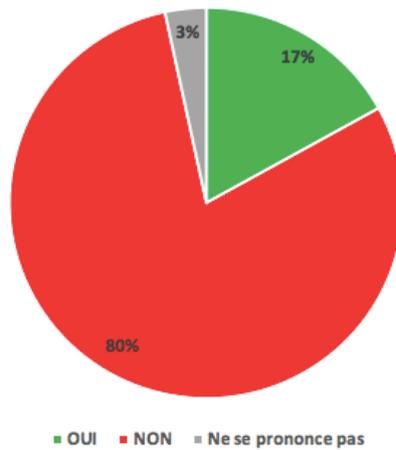


Figure 11 : *Totalité de la contention*

Dans 79,66% des cas, on constate que la contention n'est pas totale, elle n'est que physique, sans utilisation de médicaments.

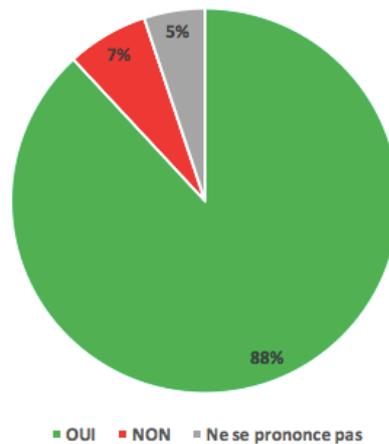


Figure 12 : *Utilisation de moyens de réassurance*

Enfin, pour les moyens de réassurance, ils sont utilisés dans 88,14% des cas.

IV. Surveillance de la contention

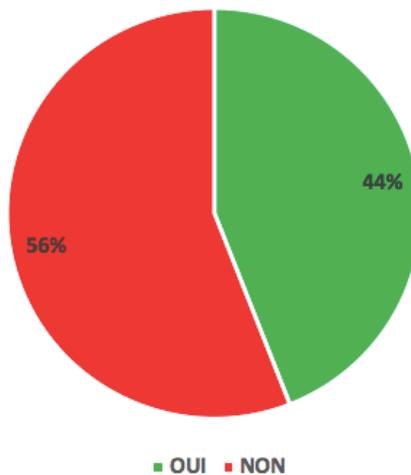


Figure 13 : Réévaluation régulière de la contention

Après avoir réalisé une contention chez le patient agité, 55,93% du personnel interrogé estime qu'elle n'est pas réévaluée assez régulièrement.

		Oui		Non		Ne se prononce pas	
		Nombre (n)	Pourcentage (%)	Nombre (n)	Pourcentage (%)	Nombre (n)	Pourcentage (%)
Contention Physique	Ceinture ventrale	6	10,17	39	66,10	14	23,73
	Poignets	58	98,31	0	0,00	1	1,69
	Chevilles	53	89,84	5	8,47	1	1,69
Contention totale (physique et chimique)		10	16,95	47	79,66	2	3,39
Moyens de réassurances		52	88,14	4	6,78	3	5,08
Réévaluation régulière de la contention		26	44,07	33	55,93	0	0

Tableau 5 : Utilisation de la contention et surveillance de la contention

V. Le ressenti face à la gestion de l'agitation



Figure 14 : *Ressenti face à la gestion de l'agitation*

En demandant de donner 3 mots sur le ressenti du personnel paramédical face à la gestion de l'agitation aux urgences, on constate que les équipes ont peur et qu'il existe un sentiment d'insécurité.

Par ailleurs, les sentiments de frustration, d'énervement, d'impuissance, d'insatisfaction, sont souvent revenus.

Le manque de moyens, la formation qui est inadaptée sont souvent cités également.

En revanche, même s'il est peu mentionné, le personnel rapporte un bon esprit d'équipe dans la gestion des situations d'agitation.

VI. Formation et évolution

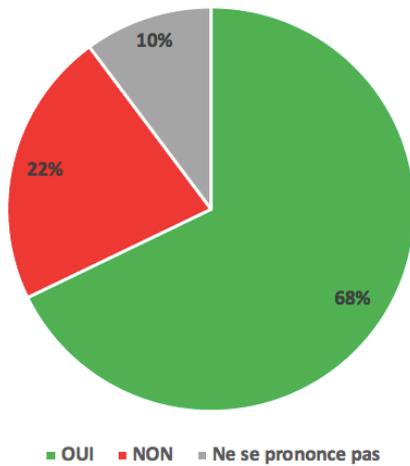


Figure 15 : *Aptitude à gérer une situation d'agitation*

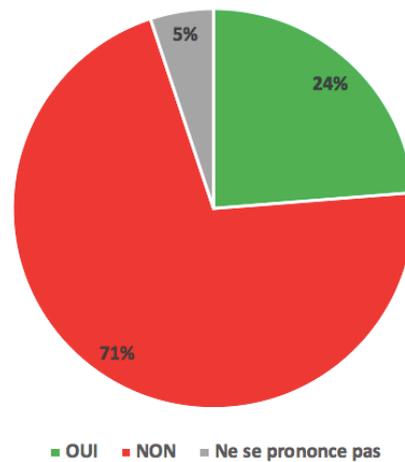


Figure 16 : *Débriefing sur ce qu'il s'est passé lors d'une situation d'agitation*

Les équipes soignantes ne se sentent pas apte à gérer une situation d'agitation dans 67,80% des cas.

Dans 71,19% des cas, il n'y aurait pas de retour sur ce qu'il s'est passé (verbalement ou par des FEI).

a) Formations antérieures

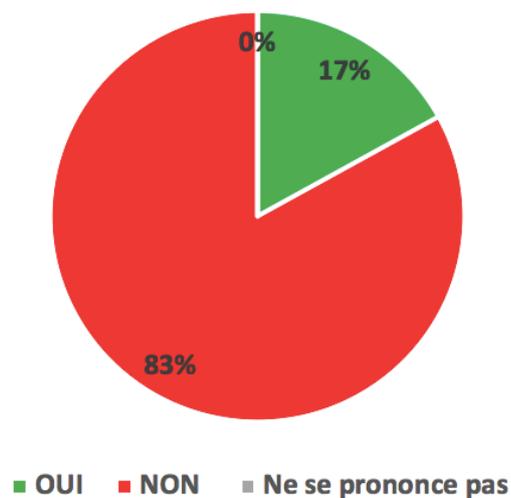


Figure 17 : *Formations précédentes*

Au niveau des formations, 83,05% estiment ne pas avoir eu de formation préalable avant d'arriver dans un service d'urgence pour mieux appréhender et gérer ses situations.

b) Mise à jour de la formation

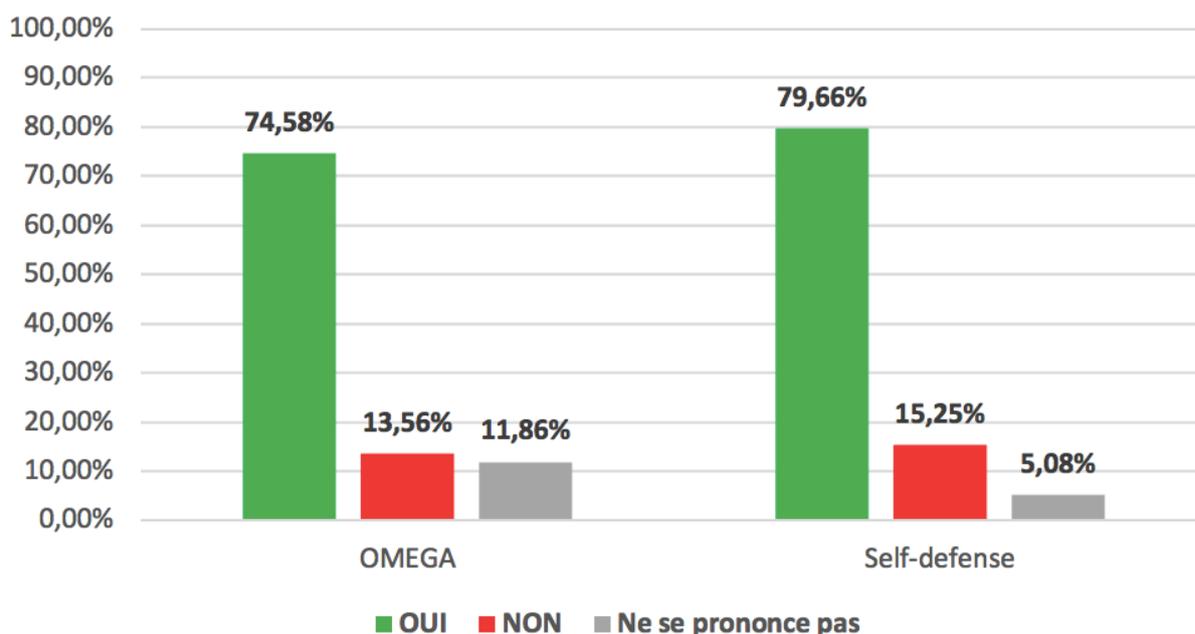


Figure 18 : *Renouvellement de la formation*

74,58% seraient favorables à une formation type OMEGA (basée sur la gestion et la prévention des situations de violence et d'agressivité pour être en capacité de gérer l'agressivité verbale et/ou physique face à ses interlocuteurs). De même, 79,66% seraient favorables à une formation de self-defense.

	Oui		Non		Ne se prononce pas		
	Nombre (n)	Pourcentage (%)	Nombre (n)	Pourcentage (%)	Nombre (n)	Pourcentage (%)	
Aptitude à gérer une situation d'agitation	40	67,80	13	22,03	6	10,17	
Débriefing sur ce qu'il s'est passé	14	23,73	42	71,19	3	5,08	
Formation sur l'agitation avant de venir travailler aux urgences	10	16,95	49	83,05	0	0,00	
Accord pour une nouvelle formation	OMEGA	44	74,58	8	13,56	7	11,86
	SELF DEFENSE	47	79,66	9	15,25	3	5,09

Tableau 6 : *Evolution dans le service*

c) Améliorations potentielles



Figure 19 : Questionnement sur ce qui pourrait améliorer la gestion des patients agités

Pour finir, en demandant au personnel de s'exprimer sur ce qui pourrait s'améliorer dans la gestion de ces patients, on constate une demande :

- De formations
- De matériel avec des liens et des aimants supplémentaires
- Une salle adaptée avec un brancard spécifique pour gérer au plus vite les situations de crise
- Des agents de sécurité réactifs et efficaces
- Du personnel supplémentaire
- Des prescriptions systématiques avec un protocole d'action en cas de crise.

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la gestion des états d'agitation du point de vue du personnel paramédical afin d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel, de garantir une meilleure prise en charge des patients et permettre la mise en place d'une formation adaptée.

I. Population paramédicale

Le personnel paramédical interrogé est composé majoritairement de femmes avec un taux à 56%, jeunes, postées de jour comme de nuit, avec une ancienneté aux urgences de moins de 10 ans.

Sur l'ensemble du personnel paramédical, on constate que dans 67,80% des cas ils ne se sentent pas en sécurité.

Malgré le peu de temps à exercer aux urgences : moins de 10 ans dans la majorité des cas, le personnel a déjà rencontré une situation d'agitation de la part d'un patient dans 98,31% des cas et de la famille d'un patient dans 93,22% des cas.

C'est donc une situation fréquente avec un personnel concerné par la violence qui est surtout féminin, avec peu d'expérience, en demande de formation et de protocole.

En 2024, la parité au sein du personnel infirmier se caractérise par une composition de 87% de femmes et de 13% d'hommes (36). En 2017, lors du recensement de la population, l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) a estimé que le pourcentage de femme pratiquant le métier d'infirmière était à 87,9% et celui d'aide-soignante de 91,8% (37).

Dans notre enquête, la proportion de femmes est de 56% et celle des hommes est de 42%.

On peut se demander pourquoi il existe une différence entre la proportion des hommes et des femmes travaillant au SAU :

- Exigences physiques : les tâches peuvent être physiquement exigeantes comme le transport et la manipulation des patients parfois dans des situations plus difficiles ou d'urgence. Cela peut attirer une proportion plus importante d'hommes, bien que de nombreuses femmes soient également parfaitement capables de les accomplir.
- Perception des rôles : certains métiers comme brancardier ou agent de sécurité sont perçus comme des métiers plus masculins de par la charge physique du métier, bien que cette perception évolue, elle peut influencer la répartition par sexe dans les services.
- Nature de l'environnement de travail : les urgences sont un environnement où les situations critiques sont fréquentes (comme par exemple les situations d'agitation). Certains rôles plus techniques ou physiques peuvent être associés plus facilement aux hommes et peuvent influencer les choix de carrière et la manière dont les équipes sont constituées dans les SAU.

Bien que les femmes soient majoritaires dans les professions paramédicales en général, la spécificité des urgences tend à attirer d'avantages d'hommes, pouvant créer une répartition différente par rapport aux autres services hospitaliers.

Toutefois, 70% du personnel soignant a répondu à ce questionnaire, ce qui ne reflète pas nécessairement l'ensemble de la population travaillant au SAU. Il est possible que tous les hommes aient participé contrairement aux femmes. La répartition réelle du personnel au SAU de Tourcoing est d'environ 70% de femmes et 30% d'hommes,

avec une proportion d'hommes qui est tout de même plus élevée que dans les autres services hospitaliers.

II. Population de patients

Les agitations peuvent concerner les patients comme les familles de patient : il y a donc un versant médical de la gestion de l'agitation avec la contention (physique et chimique) des patients agités mais également un versant social de l'agitation avec la communication avec les familles des patients.

Dans une majorité des cas, soit 52,54%, le personnel a le sentiment d'assurer la sécurité du patient avec la mise en œuvre de la contention. Toutefois, on peut constater que peu importe la situation d'agitation : toxique dans 61,02% des cas, confusion/personne âgée dans 72,88% des cas, causes psychiatriques dans 61,02% des cas, la gestion de l'agitation n'est pas considérée comme adéquate. En prenant chaque cas de façon isolé, on peut se demander pourquoi la mise en sécurité des patients est considéré comme réalisée d'une mauvaise manière.

a) Patients âgés, déments

Pour ces patients, le fait de leur mettre des liens augmente le risque de majoration de la confusion en créant une situation de stress ou peut accentuer un état d'agitation déjà présent (38). En effet, les conditions aux urgences ne sont pas optimales pour une personne âgée présentant déjà des troubles cognitifs. L'alitement de la personne âgée est un exemple d'iatrogénie aux urgences qui peut entretenir voire majorer la confusion (39).

Le fait d'attendre dans des couloirs éclairés, bruyants, loin de chez eux, sans famille qui peut venir les voir, on pourrait légitimement s'interroger s'il est judicieux de les

faire venir aux urgences quand la situation et les antécédents de démence sont déjà posés. Ne faudrait-il pas proposer une hospitalisation directement dans un service, suite à un passage chez le médecin traitant afin de rechercher l'épine irritative plutôt que de les faire venir aux urgences quand la dégradation de l'état clinique se fait sur plusieurs jours ou semaines ?

Il a déjà été mis en place dans certaines villes des hôpitaux de jour de gériatrie comme à l'hôpital de Denain, afin de réaliser des soins ou examens qui nécessitent la proximité d'un plateau technique, sans pour autant être hospitalisé plusieurs jours (40). Il permet de désengorger les services hospitaliers et les SAU. Il peut intervenir pour la prise en charge d'un bilan cognitif :

- Soit lors d'une plainte d'un patient ou de l'entourage ou lors d'une perte d'autonomie
- Ou lors d'un dépistage directement effectué par le médecin traitant. (40)

La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise d'ailleurs qu'une admission directe dans un secteur gériatrique sans passage par les urgences est aussi recommandée chaque fois qu'elle est possible (41).

b) Patients éthyliques

Pour les patients éthyliques, on peut se questionner en fonction de l'évaluation des primo intervenants, sur l'adéquation des moyens mise en œuvre aux urgences. En effet, dans la majorité des cas il n'y a aucune prise en charge spécifique médicale et pourtant ceux-ci sont gardés aux urgences provoquant parfois des situations d'agitation avec besoin de contentions. A l'hôpital de Dunkerque, une étude a montré que l'alcool impacte le fonctionnement du service de par la fréquence des patients alcoolisés et par la perturbation de la qualité des soins, ce qui affecte la charge de travail pour l'ensemble du service. Le flux croissant d'entrées et le comportement du

patient intoxiqué participent à la banalisation et à l'indifférence dans la prise en charge (42).

En Suisse, il a été créé des cellules de dégrisements à l'extérieur ou à l'intérieur de l'hôpital sous la responsabilité de professionnels de santé affectés à la surveillance de ces patients ce qui permet de préserver les SAU d'afflux massifs de patients lors d'évènements festifs importants (43).

c) Patients avec troubles psychiatriques

On constate que dans 61,02% des cas la prise en charge de l'agitation est considérée comme non adaptée, pourtant, les demandes d'avis psychiatriques dans les SAU représentent entre 10 et 20% de la file active des urgences (44).

Le SAU est souvent contre-thérapeutique pour ces patients. La lumière y est agressive, l'environnement bruyant ce qui ne favorise pas l'apaisement et la communication (45).

Un aménagement d'un « circuit court » psychiatrique à partir du triage améliorerait la gestion du flux. À Versailles et Lariboisière, l'adressage du patient par le médecin traitant autorisait l'usage de ce circuit court, compte tenu qu'un premier bilan médical avait été effectué en amont par le médecin traitant (45).

La qualité de formation des IOA vis-à-vis des problèmes de santé mentale et la disponibilité téléphonique du médecin psychiatre pourrait améliorer la qualité de prise en charge. En effet, il faudrait approfondir davantage les formations d'acquisition des connaissances de certaines pathologies notamment en psychiatrie, en gériatrie, en établissement d'accueil spécialisé (soudaineté et imprévisibilité de la

violence) et du contexte spécifique de ces spécialités. Le but est d'arriver à développer une vigilance accrue des personnels (30).

A Tourcoing, l'Unité Tourquennoise de psychiatrie (UTP) se trouve à proximité des urgences avec une communication privilégiée par téléphone. L'idéal serait d'avoir un psychiatre joignable 24 heures sur 24 avec possibilité de venir évaluer aux urgences un patient relevant potentiellement de la psychiatrie, comme par exemple une équipe mobile comme au Centre Hospitalier Universitaire de Lille (CHU) pour permettre une meilleure continuité des soins. Cependant, l'UTP est une structure différente de l'hôpital de Tourcoing ne permettant pas cette procédure.

III. Le service

Au sein des urgences, on constate que l'ensemble des secteurs (que ce soit la pédiatrie, les soins externes, l'IOA ou les salles d'examens de médecine) est concerné par des situations d'agitation.

a) Les soins externes

Les soins externes sont beaucoup concernés par l'agitation des patients (76,27%). Certainement parce qu'il y a une différence entre l'urgence ressentie par le patient et l'urgence vraie. Pour les urgentistes, le motif de consultation n'est pas priorisé donc la prise en charge peut être différée en fonction du flux par rapport à d'autres situations potentiellement plus urgentes. Les usagers désirent un service disponible rapidement, à tout heure, pour répondre très souvent à une inquiétude plus qu'à une urgence. Au cours des années, on est passé de l'urgence vitale à l'urgence ressentie pour en arriver aujourd'hui à la notion de « demande de soins non programmés » c'est-à-dire le recours spontané des patients à la médecine (46).

b) IOA

L'IOA est également concernée par les situations d'agitation (86,44%). Pour rappel, il y a quelques années, c'était la famille d'un patient qui était venu agresser le personnel hospitalier. L'hôpital de Tourcoing a donc enlevé le droit de visite ou de se faire accompagner aux urgences. Le problème a été déplacé à l'entrée des urgences avec la gestion des familles par l'IOA. C'est à l'accueil des urgences que les familles attendent des nouvelles de leur proche et que donc la gestion des familles s'est retrouvée à l'entrée des SAU.

A Boulogne-sur-Mer, un agent de sécurité et un agent de médiation avait été instauré car ils constatent que les agressions ont lieu dans 70 à 80% des cas dans la zone d'accueil (47).

Dans certains centres, il a été mis en place des agents de médiations. A Lille par exemple, l'enjeu principal est de favoriser et faciliter une ambiance apaisée au sein du SAU pour permettre aux personnels administratifs et soignants de se concentrer sur leur cœur de métier. Le but est d'améliorer la qualité du service et de l'accueil des urgences, le rétablissement d'un climat serein agréable, prévenir les agressions sur le personnels et les usagers de l'hôpital (48).

A Toulouse, deux agents de médiations avec une maîtrise de psychologie ont été recrutés. Leur rôle est de prendre en charge psychologiquement les patients ou les familles, de gérer l'impatience de ceux qui attendent un examen ou des nouvelles d'un proche en faisant le lien avec les médecins (49).

La médiation est un processus structuré reposant sur la responsabilité et l'autonomie des participants qui, avec l'aide d'un tiers neutre, impartial, indépendant, et sans pouvoir décisionnel ou consultatif, favorise par des entretiens confidentiels

l'établissement ou le rétablissement des liens, la prévention et le règlement des conflits (50). Le SAU de Tourcoing a aussi une médiatrice la journée pour répondre aux familles de patients hospitalisés.

En 2018, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a mis en place un système de visio-surveillance, débloquant pour ce faire un budget de 30 millions d'euros dans le cadre d'un plan de lutte contre les violences aux urgences permettant une augmentation de 40% des caméras déjà présentes (51). Les images seront visionnées dans les postes de sécurité prévus à cet effet. Les caméras « intelligentes » seront programmées pour envoyer une alerte à l'agent de sécurité en cas de fait anormal (52). On parle de vidéoprotection quand les caméras sont installées dans des lieux ou zones recevant/accueillant du public au sens large et en entrée libre (53).

c) Les salles d'examens

Les salles d'examens de médecine sont concernées par l'agitation des patients dans 88,14% des cas. Il y aurait plusieurs raisons qui pourraient expliquer cela :

- Dans le service des urgences, la pratique de la médecine se caractérise par un contact épisodique avec le patient et l'absence de continuité des soins (absence de suivi). Ces deux notions sont propres aux urgences et interfèrent dans l'évaluation de la qualité des soins et par conséquent par la satisfaction des patients (54). Ceux-ci ont souvent l'impression d'avoir été oubliés et cela provoque un agacement et un risque d'augmentation de la violence.
- L'environnement est également important, on constate qu'il a un certain impact sur la satisfaction des patients aux urgences. Le manque de confort des lits, le manque d'intimité auditive et visuelle provoque un sentiment

d'inconfort qui peuvent engendrer de la violence, de l'anxiété et de la souffrance. L'inconfort, le non-respect de l'intimité, le sentiment d'abandon affectent de manière négative le temps passé aux urgences (55).

- Les personnes âgées relatent un sentiment de faim, de soif et de froid durant l'attente ce qui altère leur bien-être et peut majorer la confusion et la perte de repère (55).

IV. La réponse à l'agitation

On remarque sur le questionnaire que face aux situations d'agitation la contention n'est pas totale (chimique et physique).

Face à un tel pourcentage on peut se demander si la situation ne serait pas expliquée par un défaut de prescription. En effet, le plus souvent, la contention chimique est administrée sur prescription orale mais n'est pas forcément retranscrite dans le dossier médical du patient.

De plus, dans certaines situations, la contention totale n'est-elle pas trop importante ? Un patient agité, âgé, déambulant, peut parfois essayer de se lever avec un risque de chute majoré. Il est décidé parfois d'instaurer une contention pendant la période d'agitation parce que le personnel ne peut pas se détacher spécifiquement pour assurer une protection adéquate. Parfois, le fait de mettre un lien que sur une partie du corps comme les poignets permet au patient de rester assis et de se calmer jusqu'au retrait des contentions, ce qui est moins invasif et parfois mieux tolérée que la contention totale. La HAS ne recommande pas la contention physique en première intention chez les personnes âgées, confuses (41). De même, elle doit être réévaluées toutes les trois heures au plus, avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives (56).

Dans la majorité des cas soit dans 88,14%, les essais de communication et de désescalade avec le patient sont tentés avant d'arriver à la mesure finale de contention. Même sans formation avant d'exercer aux urgences, la contention arrive en dernier recours après que des mesures de désescalade aient été tentés.

On remarque également qu'il n'y aurait pas assez de surveillance des patients bénéficiant de liens. On peut se demander si cela, ne serait pas due à un manque de traçabilité de la surveillance avec une prescription d'un protocole spécifique.

V. Le ressenti du personnel

Dans le nuage de mots, parmi les demandes du personnel, les agents de sécurité ne figurent pas en premier dans la demande sur ce qu'il manque aux urgences pour gérer au mieux l'agitation. En effet, cela peut être expliqué sur le fait que le personnel veut rester soignant, qu'il ne veut pas agir en utilisant des moyens plus « violents » mais que cela est bien le dernier recours en cas de non réussite sur la désescalade de l'agitation.

En revanche, dans 23,73% des cas, les retours avec débriefing sur ce type d'événements sont rares.

VI. Evolution

Chaque gestion de crise est connue par le personnel hospitalier et par le personnel de sécurité. Dans 67,80% des cas, le personnel se sent apte à agir en cas d'agitation : la réponse est souvent la même lorsque la communication ne suffit plus avec immobilisation du patient.

En milieu psychiatrique ou carcéral, la gestion de l'agitation est différente, avec une formation particulière du personnel (57).

En effet, il a été montré que mettre en place des équipes spécialisées en agitation et leur fournir une formation continue sur l'identification de l'agitation, la prise en charge des patients et les alternatives thérapeutiques pourrait permettre une meilleure gestion de ces situations de crise (57). C'est le cas de la formation OMEGA.

La majorité du personnel soignant se sent apte à gérer une situation d'agitation pourtant, dans le questionnaire, il exerce aux urgences sans jamais avoir reçu de formation préalable pour gérer ces situations. En effet, au SAU, le personnel rencontre tout type de situation et n'a pas d'autre choix que de s'adapter et prendre en charge les patients qui viennent consulter. Quand un patient est agité, l'équipe soignante s'adaptera au mieux pour le prendre en charge.

Les SAU fonctionnent comme un outil polyvalent, analogue à un couteau suisse, capable de s'adapter à une grande diversité de situations cliniques. Cette capacité d'adaptation s'impose à l'équipe médicale, qu'elle soit spécifiquement formée pour le cas particulier ou non, en raison de la nécessité impérative de prendre en charge chaque patient qui se présente. Le caractère imprévisible des urgences exige une réponse immédiate et flexible, reposant sur une réactivité sans faille.

D'ailleurs, on constate un souhait de refaire ou faire une nouvelle formation à ce sujet :

- 83,05% n'ont jamais eu de formation avant d'arriver aux urgences
- 74,58% serait d'accord pour faire une formation type OMEGA
- 79,66% serait d'accord pour une formation de self-defense

Elles permettraient de mieux gérer les situations d'agitation, de mettre à jour les connaissances ou alors de réaliser une première formation du personnel hospitalier.

CONCLUSION

I. Propositions de formations

a) Formation OMEGA

La formation a été instaurée devant la fréquence des agressions en milieu carcéral avec plusieurs éléments comme la gestion de la communication, l'apprentissage des premiers gestes de défense en cas d'agression physique permettant une désescalade et de permettre dans l'idéal à une atténuation de la violence (58).

Elle a pour but de pacifier les états de crise et d'agitation, de protéger les professionnels et les usagers dans un contexte de responsabilisation, dans le but de réduire l'impact de ces événements indésirables, en diminuant le nombre et la gravité des arrêts de travail consécutifs à ces violences. Elle redonne du sens à la prise en charge en préservant l'intégrité physique de l'auteur des violences dans le respect de l'éthique soignante (59).

Elle a pour public tout professionnels exerçant dans les champs sanitaires, médicaux-sociaux et travaillant spécifiquement en équipe (60).

OMEGA se regroupe en plusieurs parties :

- Identifier les situations à risque au sein de leur milieu de travail
- Choisir et prendre les dispositions nécessaires pour une protection physique appropriée
- Communiquer efficacement avec les collègues de travail dans l'objectif de résoudre la crise
- Renforcer la qualité de vie au travail et optimiser les compétences mobilisées

- Sélectionner et appliquer le mode d'intervention verbal et psychologique le plus approprié
- Mettre en œuvre la pacification et mettre en place une démarche centrée sur la personne (59).

b) Méthode « Grouille-Smolis »

Il existe également une autre formation qui a pu être mise en place au CHU de Limoges avec la méthode « Grouille-Smolis » (61) , créée en 1995, ayant pour but de préserver l'intégrité physique et morale du patient en état d'agitation. La pratique du soin consiste à contenir quelqu'un et apprendre à se préserver (se protéger des coups pour agir et maîtriser) (62). Le programme dure 3 jours et consiste en un désamorçage des conflits par le dialogue, cours de self-defense et études des stratégies permettant une action des soignants concertée et synchronisée (63).

II. Poursuivre la formation au centre Hospitalier de Tourcoing

Après les agressions en 2016 à Tourcoing et la violence qui ne cesse d'augmenter dans les services des urgences, une formation avait pu être mise en place et certaines règles avaient été renforcées dans le service avec :

- Mise en place d'un vigile à côté de l'infirmière d'accueil 24h/24h,
- Mise en place de digicodes au niveau des portes
- Interdiction de l'entrée des familles dans les salles de soins
- Mise en place de vidéosurveillance
- Mise en place de cours de self défense pour le personnel hospitalier (64).

Après 7 ans, le projet de cette thèse était d'évaluer la gestion de l'agitation et des agressions aux urgences, de faire un état des lieux à l'aide d'un questionnaire qui a été distribué à l'équipe soignante de Tourcoing sur ce qui pourrait correspondre à nos besoins et être appliqué.

Le but est de savoir si l'équipe soignante se sent apte à gérer ces agitations (si elle se sent en sécurité ou encore si l'environnement et le matériel disponible est adéquat). Ce bilan met en évidence une population assez fragile face à ces situations mais volontaire pour y faire face.

Nous pensons que la meilleure réponse que l'on pourrait proposer aux situations d'agitation serait que le personnel soignant soit formé à une formation type OMEGA. C'est pourquoi, au mois de novembre, de nouvelles propositions de formation et d'accompagnement dans la gestion des conflits et des actes de violence seront mises en place au SAU de Tourcoing.

BIBLIOGRAPHIE

1. Marcuzzo Claire. La violence à l'encontre du personnel hospitalier, un enjeu de santé publique. 2019. Claire Marcuzzo.pdf.
2. Lejonc J, Ducasse J, Ducreux J, Lauque D, Lebrin P, Carpentier F, et al. Société francophone de médecine d'urgence. 2022 . 9ème conférence de consensus - Agitation en urgence (petit enfant excepté). https://www.sfmou.org/upload/consensus/cc_agitation_long.pdf
3. Depecker V. La Voix du Nord. 2016. Émotion après une agression «sauvage» aux urgences du CH Dron.
4. Maillard, Depecker V, Photo L. La Voix du Nord. 2016. Tourcoing : un homme armé d'un couteau arrêté au CH Dron. <https://www.lavoixdunord.fr/62301/article/2016-10-20/tourcoing-un-homme-arme-d-un-couteau-arrete-au-ch-dron>
5. Muller JP. www.20minutes.fr. 2023. Des soignants agressés à l'hôpital Ambroise-Paré de Boulogne-Billancourt.
6. Da Costa C. ici par France Bleu et France 3. 2023. Agression de deux infirmières à Trévenans : « Nos collègues travaillent dans un climat d'insécurité » - France Bleu. <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/agression-de-deux-infirmieres-a-trevenans-nos-collegues-travaillent-dans-un-climat-d-insecurite>
7. Roussey E. Bfm Alsace. 2023. Strasbourg: la CGT dénonce l'agression d'une aide-soignante aux urgences et réclame plus de moyens. <https://www.bfmtv.com/alsace/strasbourg-la-cgt-denonce-l-agression-d-une-aide-soignante-aux-urgences-et-reclame-plus-de-moyens.html>
8. APM International. SFMU. 2022. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU. https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/etablissements-de-sante-baisse-globale-des-signalements-de-violences-mais-des-insultes-en-progression-en-2021-rapport-onvs/-new_id/68713
9. Charpeaud T, Eymere P, Goutain E, Garnier M, Tixeront C, Geneste J, et al. La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en œuvre. 2012;
10. Ordog GJ, Wasserberger J, Ordog C, Ackroyd G, Atluri S. Violence and general security in the emergency department. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. févr 1995;2(2):151-4.
11. Cummings J, Mintzer J, Brodaty H, Sano M, Banerjee S, Devanand DP, et al. Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *Int Psychogeriatr*. janv 2015;27(1):7-17.
12. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, Pereira LA, dos Santos RM, Gomes V de P, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Rev Bras Psiquiatr*. 6 déc 2018;41(2):153-67.
13. Dack C, Ross J, Papadopoulos C, Stewart D, Bowers L. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;127(4):255-68.
14. Chaput Y, Beaulieu L, Paradis M, Labonté E. Aggressive behaviors in the psychiatric emergency service. *Open Access Emerg Med OAEM*. 4 mars 2011;3:13-20.
15. Woods P, Almvik R. The Brøset violence checklist (BVC). *Acta Psychiatr Scand*. juin 2002;106(s412):103-5.
16. Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction: Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *Br J Psychiatry*. oct 2000;177(4):303-11.
17. PCP 24 septembre 2018. leparisien.fr. 2018. Des gilets pare-balles pour le Samu du

Var, une initiative qui divise. <https://www.leparisien.fr/societe/des-gilets-pare-balles-pour-le-samu-du-var-une-initiative-qui-divise-.php>

18. SAMU 83. 2018 Arrivée des gilets pare-balles - SAMU de Toulon - Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon - La Seyne-sur-Mer. <http://www.samu-toulon.fr/toutes-les-actualites/actualite-1998/arrivee-des-gilets-pare-balles-855/septembre.html>

19. Spencer S, Johnson P, Smith IC. De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 18 juill 2018;2018(7):CD012034.

20. Asmm. Asmm - Académie Suisse des Sciences Médicales. 2015. Directives médico-éthiques. <https://www.samw.ch>

21. Haefliger T, Zullino DF, Borgeat F. Traitement des états d'agitation. *Med Hyg*. 17 sept 2003;2450:1743-9.

22. Fernández-Costa D, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Martín-Pereira J, Prieto-Callejero B, García-Iglesias JJ. Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review. *J Clin Med*. 29 août 2020;9(9):2791.

23. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 16 juill 2019;10:491.

24. Tim-Aline B. Le rôle des approches corporelles dans la gestion des symptômes en milieu hospitalier psychiatrique. 2019.

file:///Users/louise/Downloads/HESAV_TB_Biderbost_2019.pdf

25. Perritaz A, Gothuey I. Psychiatric intensive care unit: Improved clinical practices adjusted to inpatient needs and experiences. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*. 1 janv 2018;169:40-7.

26. Code de la Santé Publique. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Article 2 - Respect de la vie et de la dignité de la personne. <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-2-respect-vie-dignite>

27. Legifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.

28. Direction générale de la santé M de la santé et de la solidarité. Santé.gouv. 2006 Charte de la personne hospitalisée. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

29. Liegeois A, Eneman M. Liégeois e.a. - La contention en psychiatrie - *Ethica Clinica* 2004.pdf. 2004.

30. L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) : chiffres clés du rapport 2022. 2022. <https://www.ars.sante.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs-chiffres-cles-du-rapport-2022>

31. Qui sommes-nous ? - Observatoire National des Violences en Santé. <https://dgos-onvs.sante.gouv.fr/apropos>

32. Terrenoir V, Barat C, Massabuau C, Schill H. Rapport 2022 Données 2020 et 2021, Observatoire National des Violences en Milieu de Santé. Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction Générale de l'offre de soins; 2022 p. 191.

file:///Users/louise/Downloads/rapport_onvs_2022_donnees_2020-2021_.pdf

33. Dgos. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024. La violence en santé et l'ONVS. <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-sante/dgos-onvs>

34. Pradal P, Marcangeli L, Albertini X, Magnier L, Alfandari H, Batut X, et al. Assemblée Nationale. 2024. Proposition de loi n°2093 visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b2093_proposition-loi

35. Vie publique. Vie-Publique - au coeur du débat public. 2024. Violences Sécurité des professionnels de santé Proposition de loi | vie-publique.fr. <https://www.vie-publique.fr/loi/293382-violences-securite-des-professionnels-de-sante-proposition-de-loi>
36. Macsf.fr. Macsf.fr. Infirmières : les chiffres clés de 2024. <https://www.macsf.fr/actualites/infirmieres-chiffres-cles>
37. Insee. Une majorité de femmes parmi les « travailleurs clés » du premier confinement. 2021. Une majorité de femmes parmi les « travailleurs clés » du premier confinement - Insee Flash Grand Est - 47. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5229817>
38. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonne pratique - Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. Collège de la Haute Autorité de Santé; 2009.
39. Batard E, Montassier E, Potel G. Le risque iatrogénique lié au service des Urgences. 2014;10.
40. CH Denain. Centre Hospitalier Denain. L'Hôpital de Jour Gériatrique. <https://www.ch-denain.fr/hopital-jour-geriatrique.html>
41. HAS. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. 2009.
42. Lionel S. Impact de l'intoxication éthylique aiguë au service des urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque.
43. Wolter L, Della Santa V. Prise en charge du patient en intoxication éthylique aiguë. Rev Med Suisse. 14 août 2013;394(27):1461-4.
44. Poulet E, Cavard H. Sfm, urgences 2015. La place de l'IDE. https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/045.pdf
45. Makdassi S. Urgences psychiatriques aux urgences générales: dispositifs nationaux et régionaux. 10 oct 2019;
46. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):63-74.
47. Nicodème MC. La santé malade de la violence - « Les urgences, c'est le miroir de la société ». La Voix-du-Nord. La Voix-du-Nord. 10 mai 2024;38-9.
48. Sellier S. Dispositif de médiation au service des urgences du CHU de Lille. 2019.
49. J.-J.R. ladepeche.fr. 2002. Deux médiateurs apaisent la violence aux urgences.
50. Rassemblement des Organisations de la Médiation. Code national de déontologie du médiateur. 2009. code-de-deontologie.pdf. <https://www.anm-mediation.com/documents/adhesions/code-de-deontologie.pdf>
51. Ridet D. Expériences de « crises » à l'hôpital : sécurisation et humanisation des urgences. Anthropol Santé Rev Int Francoph Anthropol Santé . 31 mai 2021 ;(22). <https://journals.openedition.org/anthropologiesante/9558#ftn11>
52. Franceinfo. 2018. Pour lutter contre la violence aux urgences, Martin Hirsch annonce « 40% de caméras supplémentaires d'ici à trois ans ». https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/pour-lutter-contre-la-violence-aux-urgences-martin-hirsch-annonce-40-de-cameras-supplementaires-d-ici-a-trois-ans_2754155.html
53. Préfet du Bas-Rhin. Les services de l'État dans le Bas-Rhin. 2024. Vidéoprotection. <https://www.bas-rhin.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Securites-et-prevention/Videoprotection/Videoprotection>
54. Perruche F, Pourriat JL, Claessens YE. Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. J Eur Urgences. 1 mars 2008;21(1):14-21.
55. Aebischer S, Roussi F, Wolhauser E. La perception de la satisfaction et du bien-être des patients aux urgences. 12 juill 2018; <https://sonar.ch/global/documents/313842>

56. Haute Autorité de Santé. 2004. Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité. https://www.has-sante.fr/jcms/c_272394/fr/liberte-d-aller-et-venir-dans-les-etablissements-sanitaires-et-medico-sociaux-et-obligation-de-soins-et-de-securite
57. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*. 8 sept 2017;17:328.
58. Roy MA, Fontaine G, Peguero-Rodriguez G, Lepitre M, Roy J, Arsenault J. Le déploiement du rôle infirmier à l'urgence : réflexions et constats d'un panel d'experts. *Soins D'urgence Rev L'Association Infirm D'urgence Qué*. 2022;3(2):44-7.
59. irapsanté. Irap Santé. Formations Omega. https://irapsante.com/SiteIRAP_html/FR/Formations-Omega.html
60. Dupuis R. Le programme de formation Oméga. 2022;45(3):24.
61. CHU Limoges. CHU Limoges : #FierdenotreCHU : une solution contre les violences au quotidien. 2018. <https://www.chu-limoges.fr/fierdenotrechu-une-solution-contre-les-violences-au-quotidien.html>
62. Jorba O. Neufchâteau Santé. Faire face aux violences à l'hôpital. 2018 <https://www.vosgesmatin.fr/edition-de-la-plaine/2018/03/29/faire-face-aux-violences-a-l-hopital>
63. CHU Limoges. Gestion de la violence : formation pratique - Personnel de santé et socioéducatif Méthode déposée Grouille-Smollis. 2018. https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Flyer_anti-violence.pdf
64. Lordelot B, Galet C, Joviado S. Youtube. 2018. Urgences de Tourcoing : gérer les violences - YouTube.

TABLE DES TABLEAUX

- **Table 1** : *Population de l'étude*
- **Table 2** : *Confrontation à un cas d'agitation*
- **Table 3** : *Mise en sécurité*
- **Table 4** : *Différents secteurs des urgences*
- **Table 5** : *Utilisation de la contention et surveillance de la contention*
- **Table 6** : *Evolution dans le service*

TABLEAU DES FIGURES

- **Figure 1** : *Répartition des événements par type de structure, service et lieu pour les signalements dépassant 1% (2021)*
- **Figure 2** : *Population de l'étude*
- **Figure 3** : *Age de la population de l'étude*
- **Figure 4** : *Postes du personnel*
- **Figure 5** : *Durée de l'exercice aux urgences*
- **Figure 6** : *Confrontation à un état d'agitation*
- **Figure 7** : *Mise en sécurité*
- **Figure 8** : *Adaptation de la réponse à l'agitation*
- **Figure 9** : *Différents secteurs des urgences*
- **Figure 10** : *Méthode de contention physique*
- **Figure 11** : *Totalité de la contention*
- **Figure 12** : *Utilisation des moyens de réassurances*
- **Figure 13** : *Réévaluation régulière de la contention*
- **Figure 14** : *Ressenti face à la gestion de l'agitation*
- **Figure 15** : *Aptitude à gérer une situation d'agitation*
- **Figure 16** : *Retour sur ce qu'il s'est passé lors d'une situation d'agitation*
- **Figure 17** : *Formations précédentes*
- **Figure 18** : *Renouvellement de la formation*
- **Figure 19** : *Questionnement sur ce qui pourrait améliorer la gestion des patients agités*

Annexe 1 :

QUESTIONNAIRE – GESTION DE L'AGITATION AUX URGENCES

I) GENERALITES

1) Êtes- vous un homme ou une femme ?	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme	
2) Quel est votre âge ?	<input type="checkbox"/> <30 ans	<input type="checkbox"/> Entre 30 et 50 ans	<input type="checkbox"/> >50 ans
3) Avez-vous un poste de jour ou de nuit ?	<input type="checkbox"/> Jour		<input type="checkbox"/> Nuit
4) Depuis combien de temps êtes-vous posté aux urgences ?	<input type="checkbox"/> <10 ans	<input type="checkbox"/> Entre 10 et 20 ans	<input type="checkbox"/> >20 ans

II) SERVICE

		Oui	Non
5) Avez-vous déjà été confronté à un cas d'agitation ?	Agitation du patient lui-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agitation/énervement de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Agitation/énervement des autres patients présents dans les urgences en cas d'agitation d'un patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Vous sentez-vous en sécurité en cas d'agitation ?	Vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Avez-vous l'impression de mettre le patient en sécurité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Pensez-vous que la réponse à l'agitation est toujours adaptée ? (<i>En fonction du type d'agitation</i>)	Déments, personnes âgées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toxiques/ alcoolisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	En cas de maladie psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Quel est le secteur des urgences le plus associé à ce type de situation ?	Pédiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Box / médecine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Traumatologie / soins externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III) REPONSE A L'AGITATION

		Oui	Non
8) Contention physique : Comment est-elle réalisée ? (<i>Cochez l'ensemble des réponses si à chaque fois la contention est totale, sinon ne cochez que les parties du corps que vous contentionnez le plus souvent</i>)	Ceinture ventrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Poignets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chevilles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE – GESTION DE L’AGITATION AUX URGENCES

9) Contention chimique : La contention physique est-elle toujours accompagnée de contention chimique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Utilisez-vous des moyens de réassurance avant d'utiliser les techniques de contention ? (<i>Communication, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV) SURVEILLANCE

	Oui	Non
11) Y-a-t-il une réévaluation régulière de la contention ? (<i>Un protocole de surveillance, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V) RESSENTI

12) Quels ressentis / sentiments avez-vous face à une situation d'agitation et aux moyens de gérer l'agitation ? (<i>Avez-vous l'impression que les situations soient bien gérées (toxique-dément-psychiatrie) ? ...</i>) Donnez 3 mots	- - -
--	-------------

VI) EVOLUTION

		Oui	Non
13) Sentez- vous apte / sentez-vous prêt à gérer une situation d'agitation ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Y-a-t-il un retour sur ce qu'il s'est passé ? (Discussion, FEI, pour améliorer la situation ?)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Formation	Avez-vous eu une formation pour gérer ces situations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Seriez-vous d'accords pour une réactualisation de la formation ?	<input type="checkbox"/>	
	Formation OMEGA** ?		
	Self-défense ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

** Formation qui vise à la gestion et la prévention des situations de violence et d'agressivité Cette formation vise à être en capacité de gérer l'agressivité verbale et/ou physique face à ses interlocuteurs.

16) Que manque-t-il actuellement / que faut-il améliorer pour une meilleure prise en charge de l'agitation aux urgences ? (Au niveau de l'organisation, des lieux, du matériel supplémentaire) Donnez 3 mots	- - -
---	-------------

Annexe 2 :

Dans le cadre de la thèse de LouiseV , interne de DESMU, nous réalisons dans le service une étude sur la gestion de l'agitation et de l'agressivité.

Cette évaluation de nos pratiques professionnelles est anonyme, sans aucune répercussions personnelles vis- à-vis de vos réponses.

Les données seront analysées par Louise et moi-même pour ouvrir la réflexion sur une modification de la réponse face à l'agitation des patients et de leurs familles en fonction des différentes situations rencontrées.

L'encadrement valide la diffusion de ce questionnaire court.

Les réponses sont à remettre dans la boîte sécurisée prévue à cet effet à la ronde.

Je vous remercie de votre participation, pour le service et pour Louise, et je reste disponible, pour toute interrogation.

Dr. WALLART Jérémy
PH médecine d'urgence
SAU CH Tourcoing

AUTEURE : VANDAELE Louise

Date de soutenance : 9 octobre 2024

Titre de la thèse : Gestion de l'agitation dans le Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Tourcoing

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : *Docteur en médecine*

DES + FST/option : *Médecine d'urgence*

Mots-clés : agitation, formation, gestion, ressenti, personnel soignant

Résumé :

Introduction : Les services d'accueil des urgences (SAU) font face à l'agitation et à l'agressivité des patients ou de leurs familles. Cette étude évalue la connaissance, la gestion et le ressenti du personnel soignant face à ces situations.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale auprès du personnel soignant du SAU de Tourcoing, avec un questionnaire diffusé entre novembre et décembre 2023. Avec 59 répondants (70 % de participation), l'enquête a permis d'évaluer la gestion des situations d'agitation et le ressenti des soignants face à ces événements.

Résultats : La population étudiée est surtout féminine (55,93 %), âgée de 30 à 50 ans (52,54 %), et travaille aussi bien de jour (40,68 %), de nuit (22,03 %), ou en alternance (35,59 %). La majorité du personnel travaille aux urgences depuis moins de 10 ans (62,71 %) et a déjà été confrontée à des situations d'agitation dans la grande majorité des cas. Seuls 20,34 % se sentent en sécurité. La gestion de l'agitation est jugée inadaptée pour les personnes âgées démentes (72,88 %), les cas de prise de toxiques (61,02 %), et les maladies psychiatriques (61,02 %). Les secteurs les plus touchés par l'agitation sont les salles d'examen et la zone d'attente (88,14 % et 86,44 %). La contention totale est rare (16,95 %). La surveillance de la contention est assurée dans 44,07 % des situations. Le personnel ressent souvent de la peur, de l'insécurité et de l'impuissance, bien que 67,80 % se sentent capables de gérer ces situations. Il y a peu de débriefing (71,19 %) et peu de formation (16,95 %). Une majorité serait favorable à un renouvellement des formations. Le personnel exprime un besoin accru de matériels supplémentaires et de personnel adapté.

Conclusion : La majorité du personnel soignant du SAU de Tourcoing souhaite remettre à jour leur connaissance sur l'agitation en renouvelant les formations.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur **Éric WIEL**

Asseseurs : Monsieur le Docteur **Louis DUBOIS**, Madame le Docteur **Camille DUBOIS**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur **Jérémy WALLART**

