

Faculté de santé publique

**Annexes supplémentaires -
La gestion de la violence envers les
professionnels de la santé dans les
services de médecine aiguë**

Mémoire réalisé par

Camille DUESBERG

Promoteur(s)

Pr. Walter HESBEEN

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

ANNEXES SUPPLEMENTAIRES

Table des matières :

ENTRETIEN NICOLAS ROMANUS - CADRE RESPONSABLE DE LA FILIERE MEDECINE AIGUË DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC	1
ENTRETIEN NATHALIE CLOCHARD - DIRECTRICE DES SOINS AU CENTRE HOSPITALIER JEAN TITECA	7
ENTRETIEN DOMINIQUE LANGHENDRIES - DIRECTEUR DE L'ASBL RESPECT SENIORS, AGENCE WALLONNE DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE DES AINES	17
ENTRETIEN MARIA-J. ALVAREZ BARANGA – MEDIATRICE AUX CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC	24
RETOURS D'ENTRETIEN HUGUES CONSTANT – INFIRMIER-CHEF DES URGENCES DU CHU SAINT-PIERRE	32
RETOURS D'ENTRETIEN ANDRE NERON – DIRECTEUR DU BUREAU PARTENARIAT-PATIENT ULB, ÉRASME	34
	35

Entretien Nicolas Romanus - cadre responsable de la filière médecine aiguë des Cliniques Universitaires Saint-Luc

1 *Bonjour Monsieur. Donc voilà, je m'appelle Camille, Je suis une des étudiantes de*
2 *l'UCLouvain suivie par Monsieur Walter Hesbeen pour mon mémoire. Je travaille sur la*
3 *gestion de la violence envers le personnel soignant par tout d'abord la compréhension de la*
4 *violence et de ses mécanismes et puis par les outils qui peuvent être mis en place pour*
5 *diminuer et atténuer les conséquences de la violence.*

6 *Est-ce que je peux vous demander de m'expliquer un peu votre parcours et votre poste*
7 *actuel au sein des Cliniques Saint-Luc ?*

8 Très bien, donc moi je suis infirmier SIAMU de formation de départ. J'ai commencé en 2001
9 à travailler aux urgences de St-Luc, pendant 15 ans. Puis j'ai évolué pendant ces 15 ans
10 jusqu'à devenir infirmier chef. J'ai ensuite été vers une autre institution pour prendre une
11 fonction de coordinateur pour 2 services d'urgences. Pour revenir ensuite après un an, ici,
12 comme cadre, pour le département de médecine aiguë et c'est une fonction que j'occupe
13 depuis maintenant 5 ans. Voilà. Dans le décours de tout ça, j'ai fait mon master en Santé
14 Publique et voilà, c'est un peu mon parcours en bref.

15 *Ok, votre travail de cadre, aujourd'hui, comment est-ce que vous le décririez ?*

16 C'est beaucoup de gestion de personnel, de projet, avec essayer de faire le lien entre les
17 objectifs institutionnels et la réalité de terrain, en étant le plus coachant en possible et le plus
18 accompagnant possible pour les infirmiers chefs de terrain. C'est essayer d'être dans
19 l'anticipation plutôt dans le fait de subir finalement les choses donc j'essaie d'être très proactif
20 par rapport aux besoins des équipes, à l'évolution des staffs, au recrutement a fortiori et être
21 très soutenant par rapport à mes infirmiers chefs pour qu'eux s'épanouissent dans leur
22 fonction, se sentent coaché, accompagné et puissent évoluer.

23 *Dans votre filiale de médecine aiguë ça reprend les urgences, les soins intensifs,*

24 Oui avec l'anesthésiologie, avec le côté réveil et poste extérieur donc ce n'est pas ce qui est
25 intégré au bloc opératoire, si ce sont les anesthésistes mais le poste extérieur c'est tout ce qui
26 touche à l'anesthésiologie en dehors du bloc opératoire. Puis j'ai l'imagerie avec les 5 entités
27 qui composent l'imagerie avec la radio conventionnelle, pédiatrique, IRM, radio

28 interventionnelle et scanner. Et puis j'ai aussi les transports de patients donc les brancardiers
29 avec la centrale des lits et le funérarium : la morgue.

30 *Plus centré sur le sujet maintenant, au sein de votre filiale, le personnel est-il sujet*
31 *quotidiennement à de la violence de la part de patients ou accompagnants ? J'imagine que*
32 *oui, est-ce que vous savez un peu me décrire ce que le personnel, j'imagine que c'est plus*
33 *particulièrement aux urgences, ...*

34 Oui et non. Aux soins intensifs, on y est aussi fortement exposé, d'autant plus dans la situation
35 actuelle ou on doit limiter le nombre de visites, qui rend dans un contexte comme celui qui
36 touche les soins intensifs où à fortiori les gens ne sont pas bien, les familles sont très
37 demandeuses, sont très inquiètes donc déjà on est dans une relation complexe puisque
38 l'inquiétude va alimenter un certain stress qui chez certains va se traduire par de l'agressivité.
39 Si en plus de ça, on doit limiter les visites, le temps de visite et faire des roulements, des
40 rotations, pour respecter finalement les consignes Covid et en plus le calme dans l'unité, ça
41 suscite aussi de l'énervement et de la tension, dans des équipes qui sont déjà aussi soumises à
42 un stress important et donc à de la fatigue à proprement parler donc finalement toutes les
43 conditions sont un peu réunies aux soins intensifs pour que la moindre étincelle fasse exploser
44 finalement les différents partis présents donc voilà on est aux soins intensifs actuellement
45 exposé mais aux urgences c'est vrai que là on est... La première porte d'entrée d'une situation
46 qu'on n'attendait pas, qu'on ne souhaitait pas donc là aussi il y a un contexte qui est favorable
47 et qui favorise l'expression agressive parfois chez les patients et si alors ils doivent attendre
48 parce qu'il y a beaucoup de monde et si on leur dit que c'est pas une urgence par rapport à
49 d'autres, alors là, on fait l'explosion.

50 Il faut arriver à à juguler parce que chacun a sa perception de l'urgence et forcément quand on
51 a mal au ventre et qu'on ne sait pas pourquoi, ça génère toute une inquiétude mais cette
52 inquiétude là qu'on peut... qui est légitime, qu'est-ce qu'elle vaut par rapport à quelqu'un qui
53 est en train de mourir quoi. Voilà donc c'est toute cette relativité-là auquel on est confronté
54 qu'il faut arriver à gérer oui.

55 *Généralement c'est quand même en premier abord de la violence verbale ?*

56 C'est de la violence verbale qui parfois peut donner place à une certaine agressivité physique
57 mais qui plus souvent orientés vers des objets enfin on va jeter des choses par terre ou quoi.
58 Plus rarement de l'agressivité physique à l'égard du personnel, même si ça arrive... ça arrive !

59 *Concernant donc l'impact à long terme sur le personnel, est-ce que vous avez des retours, des*
60 *plaintes fréquentes ? Ça passe par des événements indésirables j'imagine ?*

61 *Alors, j'ai aucune visibilité de ce type de suivi là en tant que tel. Non.*

62 *Concernant vraiment ce que les cliniques mettent en place en amont pour prévenir la*
63 *violence : le nouveau service des urgences, j'imagine, a été conçu en système de flux pour*
64 *éviter justement les mobilisations dans le service, j'imagine que vous faites également appel à*
65 *un système de gardiennage ? En continu ?*

66 *Alors euh... il n'y a pas un gardien en continu, il y a possibilité de faire appel au gardien qui*
67 *vient prendre poste au départ de la nuit donc vers 21h. Là il prend fonction au service des*
68 *urgences puisque le reste de l'institution va se fermer et que là les urgences devienne la porte*
69 *d'entrée principal de l'institution mais aussi non il n'y a pas de gardien attaché aux urgences*
70 *qui tourne pour calmer les gens, communiquer, rassurer, ça ce n'est pas quelque chose qui*
71 *existe aujourd'hui !*

72 *En amont, vraiment pour prévenir la violence, est-ce que vous êtes un peu de ce qui est mis en*
73 *place pour prévenir cette violence comme : ça passe de la formation du personnel à la*
74 *communication non-violente, à l'information par des affiches dans le service*

75 *Donc aujourd'hui, on a dans la salle d'attente un explicatif qui défile en disant voilà le système*
76 *de triage, qu'est-ce que c'est ? En quoi ça consiste ? Pourquoi est-ce qu'on met ce type de*
77 *système en place ? Pour essayer de faire comprendre aux gens que, finalement, il y a une*
78 *filtration en fonction du niveau du degré d'urgence qu'on fait et qu'on est obligé de faire et*
79 *donc qu'il y a une attente qui est liée à ça et qui est en relation avec ce degré d'urgence. Donc*
80 *on essaie d'expliquer les choses aux gens, le pourquoi du comment ils attendent. Alors là où*
81 *on pêche, et je pense que c'est partout pareil par rapport à des services comme les urgences,*
82 *c'est sur la communication à proprement parler du processus ou on vient, on examine et puis*
83 *on ne dit pas ce qu'on va faire, on ne dit pas combien de temps ça va prendre ou alors on sous-*
84 *estime parfois le temps que ça va prendre et que ça c'est quelque chose qu'on doit améliorer*
85 *dans notre communication ponctuelle tant au niveau infirmier qu'au niveau médical. Après,*
86 *on a, je sais, toute une série de formation en communication non violente, en communication*
87 *assertive qui sont mises en place que nous on dédicace plus chez les gens qui ont parfois eu*
88 *des problèmes ou ils ont fait monter le stress et l'énervement et donc on les met dans ces*
89 *formations-là. Au-delà de ça et plus par rapport aux soins intensifs, c'est parfois lié à des*

90 familles à proprement parler ou c'est des grosses familles qui arrivent et que c'est la gestion du
91 flux qui est compliqué et pour lequel il n'y a pas vraiment, ou en tout cas il n'y avait pas de
92 processus clairement défini de filtration finalement. Et donc on se retrouve confronté à un
93 afflux massif de gens et donc là les ingrédients sont tous bien présents que pour que ça parte
94 en sucette et que tout le monde s'énerve et que ça frictionne.

95 Après il y a tout le volet psychiatrique qui touche aux urgences avec tout ce qui concerne les
96 mises en observation, ou on est mandaté par le procureur du roi pour faire une expertise et ou
97 là aussi on est dans un contexte ou bien souvent la première chose qui se passe, c'est sauter
98 sur le patient, médication et puis après médication le lendemain revoir un peu la situation plus
99 au calme. C'est un autre volet d'agressivité mais auxquels on est préparé. On sait que ça va
100 monter, on sait que quand on va vers ce type d'activité là, on s'équipe et on se formate
101 mentalement à se dire voilà ça va être chaud, ça va être tendu que par rapport à des familles et
102 des choses comme ça, parfois on ne s'y attend pas et en fait on est confronté à des gens qui
103 n'ont pas de patience, ou qui vont directement être sur un mode agressif ou
104 d'incompréhension et donc on est parti quoi.

105 *Et donc concernant la gestion de la violence vraiment sur le moment, est-ce que le personnel*
106 *a accès à des cours de self-défense ou des outils de ce type-là ?*

107 Il y a eu des initiatives qui avait été mise en place à l'époque mais ça nous paraissait très
108 lointain finalement de notre mission à proprement parler et ça nous rapprochait un peu trop de
109 missions qui relèvent du gardiennage, de la sécurité qui, quand on les sollicite, est assez
110 rapidement sur place et ou on a un peu l'impression parfois que... il faut rester soignant avant
111 d'être expert en arts martiaux ou en self-défense parce que voilà ce n'est pas là qu'est notre
112 business en tant que tel. On est là pour prendre soin de et non pour se défendre de. Donc il
113 faut arriver à un moment donné à se reculer par rapport à des situations potentiellement
114 d'agressivité pour laisser des gens qui sont formés et identifié pour, et garder un lien
115 thérapeutique sur lequel on devra revenir à un moment ou un autre parce que si la personne
116 arrive à 7h du matin avec de l'agressivité et qu'on est au conflit, bah nous on travaille au
117 moins jusqu'à 14h et on devra la prendre en charge jusqu'à 14h00 donc ça fait 7h d'attente pour
118 changer de... Voilà, un petit peu ça... donc voilà.

119 *Est-ce qu'il y a un médiateur qui pourrait potentiellement intervenir sur place à ce moment-là*
120 *?*

121 Alors on a, aux urgences, on travaille fort avec l'unité de crise donc il y a des psychologues,
 122 des assistants sociaux, des psychiatres, des infirmières psy, où là on peut les intégrer
 123 finalement pour essayer de solutionner et trouver un moment de discussion et ré apaiser les
 124 choses. Pour les soins intensifs, il y a la psychiatrie de liaison et des choses comme ça qui
 125 peuvent être appelés mais à proprement parler un médiateur dans le sens strict comme ça
 126 identifié pas ma connaissance je peux me tromper mais pas à ma connaissance.

127 *Ok, est-ce qu'il y a un bouton d'appel dans les services au cas où il y a une agression ?*

128 Agression ? Oui. Disons que tous les infirmiers au niveau des urgences ont des Protectors.
 129 Donc ils savent via le bouton ici (montre un bouton sur son téléphone portable professionnel)
 130 déclencher le système d'appel parce qu'ils sont confrontés à de l'agressivité ou de la violence
 131 et alors ça définit les zones...

132 *Et ça sonne sur tous les téléphone ?*

133 Oui, ça sonne sur les decks, le gardiennage et le brancardier.

134 *Plutôt en aval, qu'est-ce que les cliniques vont mettre en place ? J'imagine qu'il y a des*
 135 *débriefings après ce genre d'évènement qui sont mis en place ? En tout cas quand c'est plutôt*
 136 *physique ?*

137 Alors quand c'est plutôt physique, alors il faut voir dans quelle mesure le personnel va
 138 déposer un EVI (déclaration des événements indésirables), parfois ils ne le font pas... ça c'est
 139 vraiment une culture qui doit s'enraciner. Auquel cas ils en font un, oui alors, il y aura
 140 probablement toute l'analyse qui sera faite derrière. S'il n'en dépose pas mais que les gens qui
 141 étaient impliqués, il y avait des superviseurs, des choses comme ça, on va essayer de re-
 142 débriefer ensemble en équipe par rapport au vécu et comment gérer la chose et essayer de voir
 143 comment la personne, le personnel qui a été impliqué va le gérer émotionnellement par la
 144 suite pour faire un retour au travail qui soit le plus cohérent, le plus facilitant possible parce
 145 que parfois ça génère du stress et de l'anxiété de revenir.

146 *Vous pensez que ça a une influence sur le turnover assez important dans ce genre de service ?*

147 Alors, importante, je ne crois pas. C'est quelque chose auquel on sait qu'on va être confronté
 148 et donc on sait que ça fait partie du boulot en tant que tel. Je pense qu'on doit s'améliorer
 149 clairement sur le suivi qu'on peut mettre en place et la dynamique derrière pour soutenir
 150 finalement le personnel qui a subi des agressions et des choses comme ça mais je crois que

151 sur mes 5 ans de cadre et sur mes 20 ans de carrière, je crois que j'ai peut-être entendu 2
152 personnes qui avaient été confrontés à de la violence, s'en était senti affecté au point de dire
153 qu'ils allaient changer d'orientation, voilà. Donc ça fait un peu partie du cadre on va dire,
154 malheureusement, et donc on sait que voilà...

155 *Est-ce qu'il y a d'autres initiatives déjà mises en place qui vous viennent en tête dont on*
156 *n'aurait pas discuté ?*

157 A proprement parler, non, je te dis on avait essayé de mettre des formations de self-défense en
158 place, mais voilà...

159 *Oui avec la question de la limite du rôle infirmier...*

160 Oui c'est ça, c'est ça. On n'y voyait pas à fortiori de plus-value. Parce que je serais curieux de
161 voir lors d'une agression qu'un infirmier arrive et commence à immobiliser le patient, je crois
162 que les gens seraient touchés...

163 *Une petite clé de bras...*

164 Voilà c'est ça les gens se dirait mais enfin qu'est-ce qu'il fait quoi ?! Pour moi-même déjà
165 l'avoir vu de la part d'un policier, on était presque choqué en fait parce que le policier est
166 arrivé, il a fait une prise qui a fait que la personne s'est endormie et tout le monde était là mais
167 ce n'est pas possible, on ne peut pas faire ça etc. Et donc tout le monde était choqué alors
168 j' imagine maintenant un infirmier qui arrive et qui immobilise le patient... C'est perturbant et
169 à mon avis... Ce serait perturbant ! Voilà, après, je crois que favoriser les formations aux
170 communications thérapeutiques et accentuer ces formations au départ même de l'ISEI, parce
171 qu'on n'en a pas énormément, on a un cours de psychiatrie à proprement parler mais...

172 *Oui il aborde très vite le truc en SIAMU...*

173 Voilà mais de là à avoir vraiment un bagage de gestion de la communication thérapeutique et
174 de la gestion de l'agressivité, bah oui, ça ce serait vraiment un plus !

175 Super. Ça clôture toutes mes questions ? Un grand merci.

176 Avec plaisir.

Entretien Nathalie Clochard - directrice des soins au Centre Hospitalier

Jean Titeca

1 Bonjour Madame. Donc voilà, je m'appelle Camille, Je suis une des étudiantes de
2 l'UCLouvain suivie par Monsieur Walter Hesbeen pour mon mémoire. Je travaille sur la
3 gestion de la violence envers le personnel soignant par tout d'abord la compréhension de la
4 violence et de ses mécanismes et puis par les outils qui peuvent être mis en place pour
5 diminuer et atténuer les conséquences de la violence.

6 Très bien. Vous avez peut-être un guide d'entretien avec des questions ?

7 *Partons d'avantage sur une conversation moins structuré, vous pouvez peut-être commencer*
8 *par me parler de votre position ?*

9 Je suis directrice des soins au Centre Hospitalier Titeca qui est composé d'un hôpital de 255
10 lits, de 2 maisons de soins psychiatriques de 106 lits et de 4 équipes mobiles.

11 La particularité : on va se rester plutôt que sur l'hôpital par rapport à votre problématique même
12 si on applique exactement la même politique sur tous les services.

13 Mais m'xxx, c'est l'hôpital forcément. Donc notre particularité, c'est qu'on est un hôpital
14 médico-légal c'est à dire qu'on accueille des patients chez qui on reconnaît une maladie mentale,
15 qui représente un danger pour eux-mêmes ou pour autrui et qui refuse un traitement. Donc on
16 est sur la loi de protection des personnes de 1990 ou alors chez les ados ce qui est plus spécifique
17 ce sont les articles 36 et 38 et puis l'internement. On a très peu de patients en mode volontaire
18 donc ça veut dire qu'on accueille des patients, qui sur des échelles de risque qu'on pourrait faire,
19 ont un risque de passage à l'acte, sur eux-même ou sur les autres, qui est a priori plus élevé que
20 dans un hôpital classique. Je dis bien à priori parce que pour avoir travaillé aux urgences, tout
21 est une question de relativité.

22 Alors chez nous, il y a 2 phénomènes qui sont complètement différents et que je pense qu'ils
23 peuvent être appliqués aussi en soins généraux, vous avez les phénomènes de violence qui sont
24 liés à un défaut de perception de la réalité. C'est à dire que d'une manière ou d'une autre l'état
25 de conscience de la réalité, pas forcément l'état de conscience de la personne mais sa capacité
26 à comprendre la réalité est altérée.

27 Alors chez nous c'est soit parce qu'ils délirent, ils hallucinent, ils entendent des voix et donc ça
28 peut générer des phénomènes de violence mais je pense que la différence et ça le personnel fait
29 une grosse différence quand ils en sont victimes c'est l'intentionnalité qui est derrière.

30 Alors attention, chez nous en psychiatrie, c'est pas parce que quelqu'un va avoir un trouble de
31 la réalité qui peut pas commettre des passages à l'acte avec intentionnalité mais par exemple
32 quand vous avez personne qui délire et qui a une voix qui donne une injonction non-stop de
33 « tu dois le frapper, tu dois le frapper ,tu dois le frapper », si un membre du personnel prend un
34 coup et est au courant du délire de la personne alors il aura tendance à le mettre en sens donc
35 l'agression en tant que tel même si, c'est ce que je dis toujours au personnel, elle n'est jamais
36 excusable et jamais ça ne doit jamais arriver normalement, elle a un sens.

37 Donc moi sur la violence dont sont victimes le personnel, par expérience, il y a vraiment 2
38 catégories :

- 39 - Les violences sans sens. J'ai envie de dire à la violence froide pure qu'on ne peut pas
40 expliquer et puis
- 41 - La violence que peuvent subir le personnel soignant mais qui peut s'expliquer. Comme
42 vous avez par exemple aux urgences quelqu'un qui arrive avec son enfant qui est
43 inconscient et qui l'amène dans les bras, c'est le scénario qu'on redoute tous aux
44 urgences, de voir un parent qui arrive en courant avec un bébé complètement flagada
45 dans les bras qui est inconscient et puis vous avez les parents qui s'énervent, qui hurlent
46 et qui insultent. L'équipe soignante va avoir tendance à comprendre et pas le vivre
47 comme une agression même si l'acte y est quoi.

48 Donc chez nous, il y a ces 2 choses-là.

49 Alors, la violence dont peut être victime chez nous le personnel soignant, ce n'est pas rien, c'est
50 un peu plus de 60 accidents du travail par an donc quand nous catégorise les accidents du travail
51 et qu'on les comptabilise, ça veut dire qu'il y a au moins 7 jours d'incapacité de travail derrière.
52 C'est de la violence physique et psychique ou que psychique mais en tout cas quand on est
53 victime d'agressions et qu'on est soignant, ce n'est tellement pas dans notre ADN. Je pense qu'il
54 y a ça qui joue beaucoup, vous l'avez peut-être vu dans la partie théorique hein, la composition
55 du soignant et l'éducation du soignant ne va pas avec le fait de « je vais être agressé » donc
56 toute agression fait violence, fait vraiment effraction parce que c'est d'autant plus violent que

57 jamais le soignant n'y est préparé et je pense, je ne sais pas si maintenant ils ont fait quelque
58 chose, mais que au cours de leur formation non.

59 Donc voilà et puis donc je différenciais violence qu'on peut mettre en sens et puis la violence
60 pure intentionnelle qui peut être aussi des patients et des familles, l'entourage, l'extérieur.

61 Voilà donc je différencie ces 2 là avec l'ADN soignant qui fait que c'est encore plus compliqué
62 à gérer que j'ai envie de dire une employée de la poste

63 Alors concrètement, qu'est ce qu'on peut faire, nous ce qu'on a mis en place ?

64 On forme notre personnel à ce qu'on appelle la désescalade donc c'est à dire que le grand
65 principe c'est d'abord

66 1) savoir identifier quand moi je suis en situation de stress donc c'est à dire quand je me
67 sens agressé, puisqu'on se sent pas tous agressé par la même chose ou quand je me
68 retrouve dans une situation peur. Pourquoi ?

69 Parce que déjà arriver à l'identifier, ça va être pouvoir composer avec les mécanismes
70 physiologiques qui nous envahissent à ce moment-là. On est par définition inadéquate
71 quand on est dans une position de peur et qu'on se sent agressé d'un point de vue
72 comportemental donc c'est très important de rester adéquate parce que si on est face à
73 quelqu'un qui délire, va falloir faire fonctionner notre cerveau et par définition quand
74 on est dans cette situation-là, il y a une décharge d'adrénaline, une décharge de cortisol,
75 qui fait que soit on fuit, soit on est sidéré, soit on agresse. Donc déjà pouvoir 1) identifier
76 ça donc on passe beaucoup de temps, dans cette formation là mais y compris sur le
77 terrain quand on encadre des nouveaux pour les aider à identifier « OK t'as peur, ce n'est
78 pas grave d'avoir peur, t'as le droit d'avoir peur, mais identifie-le ! ». Après c'est de
79 savoir quand moi j'ai peur, qu'est-ce que je fais ? Donc c'est quoi mon réflexe ? Est-ce
80 que c'est je suis sidérée ? Est-ce que je m'enfuis ? Est-ce que j'agresse ?

81 2) Quand ça je le sais, ça va être de récupérer ma capacité à réfléchir et à penser. Donc on
82 leur apprend des programmations c'est purement du neurocognitif. Quand je ressens ça,
83 à quoi je pense pour pouvoir récupérer ma capacité de penser ? Qu'est-ce que je mets
84 comme image dans la tête pour que ça descende ?

85 3) La troisième, enfin la chose qu'on leur dit c'est de tout de suite parler en « JE » donc JE
86 me sens agressée JE suis, par exemple ce qui est assez classique : on voit un patient qui
87 se lève et qui se rapproche très fort et on sait que le coup risque de partir, il faut à ce

moment-là rappeler qu'on est une personne. En fait c'est souvent ça qui raccroche l'agresseur au fait que c'est une personne en face de moi et donc ça peut aider beaucoup à la désescalade.

Il y a aussi dans le processus de désescalade qu'on apprend souvent, c'est que quand la violence monte de l'autre côté ou l'agressivité monte de l'autre côté, bah des fois il faut laisser simplement monter, partir en retrait parce que ça va redescendre et quand ça redescend, c'est là où il faut aller discuter.

4) Donc ça c'est ce qu'on leur explique et puis après c'est tout ce qui est la communication non violente. Donc le ton est haut, je parle encore plus bas, je garde le contact visuel. Si y a un problème de défaut de réalité, ne pas aller contre le délire parce que la frustration générée... Donc ça c'est pour quand il y a la situation de violence. Il y a toute une série de techniques qu'on leur apprend pour désamorcer jusqu'à des techniques de maîtrise physique.

5) Donc ils sont formés à la désescalade et puis à la gestion de l'agressivité par la maîtrise physique. Le coup part, comment je fais ?

6) Et puis après, il y a des systèmes mécaniques de sécurité, c'est ce que vous venez d'entendre, c'est tout le monde porte ça (elle montre un téléphone sur lequel il y a un imposant bouton d'alerte rouge) avec une alarme ici, c'est une procédure de renfort qui fait que dans les 30 secondes, il y a 10 personnes qui arrivent quand elle est déclenchée. Donc ça c'est pour la partie quand la violence est là.

Maintenant on est en train d'appliquer un nouveau modèle de soins, auquel on croit. En fait en psychiatrie, ou n'importe où, la violence et l'agressivité arrive quand je ne me sens plus reconnu en tant que personne ou en tant que d'entendre personne (?). Chacun a ses seuils différents et quand on génère tout a un niveau de frustration important.

Donc par exemple, classiquement en soins généraux quand la personne elle a mal, même s'il y a 30 patients, il n'y a qu'une seule infirmière qui est débordée, pour elle si elle appuyait 5 fois, il y a quand même une chance qu'elle reçoive mal l'infirmière qui rentre dans sa chambre. Chez nous en psy, le patient, qui est déjà pas bien, qui est délirant ou qui est très déprimé, etc, qui doit faire la démarche d'aller jusqu'au bureau, ce que nous on appelle l' aquarium, toutes les unités de soins sont foutues pareilles avec un aquarium vitré ou il y a des infirmiers dedans, bah ça demande déjà un effort, et puis comme je frappe au carreau ou à la porte et puis qu'on répond pas tout de suite, bah ça génère de la frustration, là ou moi je suis peut être complètement angoissée déjà et envahi par mon délire quoi. Et donc on est parti du principe que plus y aura

121 de zones de contact soignant-soigné sur un même niveau, entre guillemets « pouvoir », il n'y
122 en a pas un qui demande et l'autre qui explique. Plus les gens sont acteurs et informer de leurs
123 soins, moins il y aura d'agressivité.

124 Donc on est en train de reconstruire l'hôpital, qui va être ré-inauguré la semaine prochaine, le
125 déménagement se fait le 14 décembre et alors il n'y a plus de bureau de soins, il n'y a plus de
126 bureau infirmier et les unités sont construites comme à la maison et comme à l'hôtel donc vous
127 avez une grande cuisine ouverte, un salon, un salon télé, des petites alcôves où ils peuvent se
128 reposer, des bureaux d'entretien qui sont vitrés pour avoir des entretiens individuels et alors le
129 grand principe aussi c'est de pouvoir avoir sa bulle. En tant que patient, j'ai besoin d'avoir ma
130 bulle donc ce sont des chambres individuelles avec comme à l'hôtel un badge pour entrer, sortir
131 et il n'y a que moi qui peut rentrer-sortir et le personnel soignant qui est prié de frapper avant
132 d'entrer. C'est des trucs bêtes mais dans les études, en tout cas en psychiatrie, ce genre
133 d'initiative qui est extrêmement rare, surtout en médico-légal, diminue l'agressivité de 80%.
134 Alors ça c'est pour la partie prévention et nous on est convaincu que plus la personne est actrice
135 de son soin et peut décider mais ne serait-ce qu'à minima à quelle heure je vais aller me doucher,
136 quand est-ce que je vais déjeuner et que c'est pas le cadre institutionnel qui impose des choses
137 et je pense que c'est la même chose en soins généraux quand on y réfléchit réveiller tous les
138 patients à la chaîne à 6h30 du matin pour prendre les paramètres et faire des prises de sang alors
139 que derrière y'a rien qui se passe et c'est des gens qui sont là pour se reposer, ça génère une
140 petite frustration. Frustration sur frustration plus ajouter ça à la personne qui a mal, qui ne voit
141 pas l'infirmière avant 2h, 2h00 plus tard on se plante sur son petit déj, voilà, elle n'a pas envie
142 de déjeuner à 8h30 et à 45 le plateau est débarrassé. Qui a été hospitalisé il y a eu quand même
143 une... ce n'est pas là qu'on se repose le plus, c'est assez paradoxal. C'est là on est plus mal mais
144 ce n'est pas là où on se repose le plus. Les gens sont pressés de rentrer chez eux quoi. Nous
145 c'est un peu le même principe mais sauf que notre seule technique de soins c'est le soin
146 relationnel. Donc c'est de susciter ce soin relationnel en permanence quoi et qui n'est plus « je
147 demande et de l'autre côté je réponds ».

148 Donc on est en train de partir sur un modèle de soins, pour le faire en plus théorique, un modèle
149 de soins humaniste qui n'est pas forcément pensé au niveau psy et est basé sur le « Care »
150 évidemment. Et c'est quoi le principe du Care, c'est personnaliser le soin le plus possible et de
151 rendre le patient acteur le plus possible et de le reconnaître comme une personne avant tout.

152 Et alors il y a le grand truc qui génère de l'agressivité, c'est quand les soignants imposent leur
153 vision à la personne soignée, ça par définition, mais vous prenez n'importe où, si moi je dis :
154 « j'estime que tu n'es pas capable de rentrer dans ton appartement et tu ne rentreras pas dans ton
155 appartement parce que je l'ai décidé », vous l'aurez perdu ! Et chez nous, ça, ça peut vite être
156 générateur de violence ! En soins généraux, c'est la même chose. Et des fois dans l'autre sens :
157 les gens ne se sentent pas capable de rentrer parce qu'ils sont en fauteuil roulant, même si c'est
158 que temporaire, si on leur dit « vous rentrez quand même ! », vous êtes pratiquement sûr que
159 vous allez le réadmettre quoi.

160 Après ce qu'on fait concrètement par contre quand il y a une situation de violence, alors que ce
161 soit une agression avec une victime, un membre du personnel ou que ce soit on a dû mettre en
162 contention un patient et donc l'attacher, ce qu'on essaye de pas faire mais qui arrive encore...,
163 alors quand c'est contention et qu'on a attaché le patient, dans l'heure qui suit, il y a un débriefing
164 avec toute l'équipe et un responsable, des fois on essaie qu'il y ait une personne tierce.
165 Pourquoi ? Pour essayer de réaliser ce qui a pu échouer ou pas, ce qui n'a pas été et comment
166 on pourrait... Évidemment, on a une procédure de mise à l'isolement etc., et ce qui aurait pu
167 être fait, on identifie donc ça c'est la version froide. Et puis, on fait aussi un débriefing, version
168 chaude, qu'émotionnelle. Donc « j'ai été mal parce qu'humainement je trouve ça dégueulasse,
169 ... » enfin que ça puisse être dit et pendant cette version dite chaude de débriefing, on identifie
170 si des personnes sont en souffrance. Si on commence à avoir des premiers signes de quelqu'un
171 qui a mal vécu psychologiquement la situation pour pleins de raisons hein parce que des fois ça
172 leur rappelle quelqu'un, quelque chose, et cetera.

173 Et donc on a la chance depuis maintenant un peu plus de 6 mois d'avoir une psychologue
174 spécialisée post trauma qui n'est là que pour le personnel et avec laquelle la direction, les
175 responsables n'ont aucun contact. Donc tout le monde connaît son numéro, mais quand nous on
176 identifie quelque chose qui se passe, on rappelle que ça c'est possible.

177 Ensuite quand il y a une agression avec victime, systématiquement, il y a une prise en charge
178 immédiate par un responsable hiérarchique, donc et par son équipe et par un responsable
179 hiérarchique. Évidemment, on appelle les secours si c'est nécessaire et cetera. Derrière, on a ce
180 qu'on appelle une procédure « plainte » donc il y a un service qui est conjoint avec le service
181 d'admission qui prends contact avec la victime et qui lui demande si elle souhaite porter plainte
182 auprès de la police ou pas. Donc on soutient toujours la plainte, même si c'est un patient qui est
183 complètement halluciné, de la part des membres de notre personnel. Et donc si jamais, ils sont

184 obligés eux de déposer plainte en leur nom, on ne peut pas le faire à leur place mais nous en
185 tant que direction, on envoie un courrier au parquet pour appuyer la plainte et reprendre la
186 situation du patient et puis on les accompagne physiquement s'il le souhaite pour déposer
187 plainte, on les aide à suivre le dossier parce que c'est compliqué hein. A ce moment-là il y a le
188 service d'aide aux victimes qui peut se mettre en place aussi.

189 Et puis, il y a toujours un contact dans les 48 h avec la ligne hiérarchique, donc soit un cadre,
190 soit moi, pour voir comment ils vont, pour leur rappeler qu'ils peuvent avoir accès à la
191 psychologue post trauma aussi, pour leur rappeler qu'ils prennent le temps nécessaire pour se
192 remettre et psychologiquement, et physiquement. Qu'ils sont pas obligé de revenir au boulot
193 parce qu'il y a le côté culpabilité qui joue beaucoup, très souvent pour recadrer parce que y a
194 beaucoup « mais si j'avais fait ça comme ça, et si... J'aurai peut être pas été victime ! » donc
195 tout de suite déculpabiliser et dire « tu n'as rien fait de mal et il n'y a rien qui justifie tu te fasse
196 frapper ! ». Ca c'est toujours fondamental .

197 Puis, on fait un accompagnement à la reprise. Donc quand la personne revient de son certificat
198 maladie, alors si ces 2 jours non mais très souvent c'est plutôt des certificats de 3 semaines-un
199 mois, alors à ce moment-là on voit les personnes en entretien de reprise, en plus de la médecine
200 du travail, pour voir comment elle se sent, est ce qu'on doit faire des aménagements temporaires,
201 et nous aussi pour évaluer si c'est ok psychologiquement. Pourquoi ? Parce que en psy, des gens
202 qui sont fragiles, ça va tout de suite se voir et ce qu'on veut pas, c'est la cascade c'est à dire :
203 quelqu'un qui est victime une fois, deux fois, trois fois parce que ça les abime complètement.
204 Voilà pour les grandes lignes.

205 Ce qui rentre aussi en ligne de compte, c'est la prévention de l'épuisement professionnel qui est
206 un facteur de prévention parce que quelqu'un en épuisement professionnel va se retrouver...
207 Enfin ça si les gens vont jusqu'au bout, ça finit toujours en accident de travail...
208 malheureusement ! Parce que oui moins de patience, parce qu'erreur, parce qu'une faute au
209 niveau de la communication... Chez nous, ça se paye quoi !

210 Alors, pour l'instant, on en est vraiment avec des, simplement, vigiles dans les unités et les
211 chefs, qui se font sensibilisés, qui font des entretiens quand ils sentent que la personne ne va
212 pas bien. On aimerait aller jusqu'à un outil sur smartphone pour dire comment je me sens etc.
213 et qui enverrait des warnings en fait, selon certains indicateurs. Pour l'instant, c'est encore à
214 l'étude.

215 Dans la prévention aussi primaire, ce à quoi on est en train de réfléchir, c'est un outil « charge
216 de travail » parce que par définition, par exemple dans une salle d'admission, si j'ai 5-6
217 admissions qui arrive le même jour, on a un risque beaucoup plus élevé de passage à l'acte. Et
218 donc même chose, on est en train de créer, c'est un peu technique, des tableaux de bord avec
219 des indicateurs pour avoir un outil informatisé systématique qui nous permettent de mieux
220 orienter, pour répartir les risques de violence et de passage à l'acte, pour pas que ce soit
221 concentré dans une seule et même unité. On est même en train de travailler sur un outil
222 d'intelligence artificielle qui pourrait comme aide à la décision en fait, qui tiendrait compte de
223 la charge de travail, du nombre de personnels présents mais aussi des critères cliniques du
224 patient pour que dans les 20 min, avant qu'il arrive, on ait une orientation de ou est-ce qu'on va
225 le mettre pour que ça comporte le moins de risque possible. Et ça c'est en réflexion. Ça fera
226 partie, je pense, des choses qui aideront vraiment parce qu'effectivement, c'est mathématiques,
227 vous mettez 5 personnes qui sont en phase aiguë maniaque, ça va pas très bien se passer. Et à
228 l'heure actuelle, ça arrive !

229 *J'ai travaillé pendant un an aux urgences de la clinique Saint-Jean et en effet oui, c'était*
230 *propice !*

231 Oui voilà !

232 *Ok donc on a déjà bien parcouru le sujet. Je vous ai entendu à un moment parler de vigiles,*
233 *vous travaillez avec un système de sécurité par gardiennage ?*

234 Alors oui, on a un système de gardiennage, oui ca j'en ai pas parlé aussi, oui c'est la base, oui
235 donc dans ce qui est sécurité-prévention de la violence, les visites et les patients passent par,
236 quand il rentre de sortie etc., passent par un détecteur de métaux qui est gardé par les vigiles et
237 les vigiles ont pour rôle de contrôler les entrées & sorties et les bons de sortie. Voilà par contre
238 ils n'interviennent pas dans les situations d'agressivité avec les patients donc quand nous on doit
239 agir, ils n'interviennent que pour sécuriser le périmètre mais ils ne touchent pas aux patients. Ils
240 ne touchent pas les situations cliniques parce que nous c'est un peu particulier... Par contre, si
241 on a un problème avec une famille, c'est eux qui interviennent.

242 *Il y a une restriction au niveau des familles, le nombre d'accompagnants pour un patient ?*

243 Alors non. Pour les visites familles, non. Maintenant avec la période COVID, oui mais
244 normalement non. Par contre, nous on a des normes de sécurité effectivement. Quand on sort

245 avec des patients, on a des normes de sécurité avec un nombre maximal de patients accompagné
246 par un nombre minimal de soignants.

247 Et oui si détail important : nous on a ce qu'on appelle les permanences minimales de sécurité
248 dans les unités. C'est à dire que ce sont des chiffres qui sont au-dessus des obligations légales
249 mais que nous on juge comme, et en accord avec les syndicats, comme minimale pour pouvoir
250 avoir la sécurité dans l'unité. Par exemple, pour une unité, la loi prévoirait normalement qu'au
251 minimum j'ai 2 infirmiers, 1 aide-soignant. ET nous, notre permanence minimale de sécurité
252 va être à 4 par exemple. Un au-dessus. Et donc, ça veut dire que quand je n'ai pas cette
253 permanence-là, c'est un accord avec les syndicats, j'ai le droit de rappeler, enfin j'ai droit..., mes
254 équipes rappellent toute une cascade jusqu'à imposer à un psychologue par exemple de venir
255 travailler en unité.

256 *Très bien, je pense qu'on a fait un peu le tour. Je vérifie mes notes. Vous avez également*
257 *j'imagine un service de médiation, légalement obligatoire ?*

258 Oui, un médiation des plaintes et un médiation interculturelle, on a les deux oui.

259 *Ok. Il y a beaucoup de d'agressions, de violences qui passent après au service de médiation*
260 *entre patients et soignants ?*

261 Très peu.

262 *Ok, super. On a un peu fait le tour de ce dont je voulais discuter, c'était très clair.*

263 Juste la dernière chose parce que, c'est vrai qu'on n'y pense pas souvent et là pour avoir travaillé
264 beaucoup sur ce problème avec la construction des nouveaux bâtiments, l'architecture a un
265 impact énorme, en psychiatrie comme en soins généraux ! Donc c'est, l'architecture peut
266 favoriser, alors on a toujours tendance à se s'imaginer des trucs avec des caméras, des vues sur
267 tous les couloirs et tout ça, en attendant dans la littérature ce n'est pas ça qui marche, c'est
268 vraiment le truc le plus propice à des climat apaisants comme à la maison. Donc plus, et
269 d'ailleurs le Chirec avait aussi un peu travaillé là-dessus à delta parce que vous allez en soins
270 généraux en fait, ou ils se sont mis à faire un peu plus comme à l'hôtel, un peu plus comme à la
271 maison, en tout cas pour la partie consultations, hôpital de jour etc. parce que ça génère moins
272 de sentiments d'agressivité, parce que les gens sont déjà moins angoissés. Ils sont dans des trucs,
273 dans des repères qu'ils connaissent un peu plus. Et c'est bien décrit au niveau de la littérature et
274 y compris en psychiatrie.

275 *Oui, j'avais vu des études là-dessus, plus ciblée urgences, ou il y avait vraiment un trajet-*
276 *patient à sens unique, ou le patient ne fait pas demi-tour dans son trajet, tout un processus...*

277 Bêtement aux urgences, ils ont constaté que quand ils mettent les panneaux avec les délais
278 d'attente et donc de dire en moyenne l'attente est de... machin, ça calme les gens !

279 *Oui mieux informer les patients. Ok super, un tout grand merci en tout cas*

280 Bon courage à vous

281 *Merci pour votre temps*

282

1

*Entretien Dominique Langhendries - directeur de l'ASBL Respect Séniors,
agence wallonne de lutte contre la maltraitance des aînés*

1 *Bonjour Monsieur. Je m'appelle Camille, Je suis étudiante à l'UCLouvain en master de santé*
2 *publique. Dans le cadre de mon mémoire je travaille sur la violence envers le personnel*
3 *soignant. Je me concentre sur deux parties : tout d'abord la compréhension de la violence et*
4 *de ses mécanismes et puis sur les outils qui peuvent être mis en place pour diminuer et*
5 *atténuer les conséquences de la violence. Mon promoteur, Monsieur Walter Hesbeen, m'a*
6 *conseillé de vous contacter car je pense que vous pourriez avoir un point de vue intéressant*
7 *sur le sujet avec un autre angle de perception des violences dans la relation patient -*
8 *professionnel de santé.*

9 Oui

10 Vous pouvez peut-être commencer par me parler de la place que la violence a dans les retours
11 que vous avez par votre métier ?

12 Alors nous, on parle plutôt de gestion de maltraitance et donc on parle de nous on parle pas de
13 violence on parle l'essentiel de maltraitance pour la la raison c'est que la maltraitance a une
14 définition qui est elle est déjà eu l'occasion de de investiguer un peu la maltraitance non c'était
15 plutôt des thèmes agressivité violence que ouais donc en fait on parle de maltraitance des
16 aînés essentiellement parce que se passe dans une relation confiance en une personne qui peut
17 être la roche ou de personnel et qui peut porter alors c'est un peu le principe atteinte
18 physiquement psychologiquement à l'intégrité de la personne âgée donc voilà et donc on fait
19 une distinction le principe comprend c'est une personne âgée si on lui vole son sac dans la rue
20 de la violence le même sac est voilé par un personnel oui maintenant donc comme comme
21 essentielle ment d'abord ou le l'aspect de la maltraitance de tout quelqu'un vis-à-vis de l'année
22 en tout cas donc je ne sais pas je je sais pas vous voulez envoyer comme comme
23 questionnement comme réflexion mais dans votre dans votre votre es belle donc au niveau de
24 la la maltraitance des personnes âgées comment est ce que dans cette relation professionnelle
25 de santé patient comment est ce que ça se comment ça se déroule cette violence pensez que
26 c'est quoi les facteurs qui vont favoriser ça c'est difficile enfin il y a des facteurs qui sont
27 comment dirais-je on parle pas de facteur on parle plutôt de déterminants en général nous en
28 parler à des déterminants qui sont négatifs dans la relation il a les buts de des problèmes

29 financiers proches comme celle des facteurs négatifs il y a des facteurs de protection la
30 famille étant un facteur de protection le fait qu'il y ait du monde autour de l'aîné est un facteur
31 de protection donc voilà je pense que c'est toujours très compliqué de dire quel est le facteur
32 qui est en train de la maltraitance souvent on souhaite plutôt avoir une approche
33 systémique c'est à dire on est dans un système où il y a quelqu'un qui est victime et on met
34 toujours entre guillemets parce qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise odeur on se rend
35 compte que dans ces situations là c'est souvent difficile à cerner en règle générale enfin ce que
36 je veux dire par là c'est que quand il a découvert des blessures Ben fatalement on est dans une
37 situation assez facile à distinguer après il y a toute une série de différentes formes et donc
38 nous on a on a des formes qui vont de de la maltraitance psychologique maltraitance
39 financière la négligence la maltraitance civique et puis la forme physique donc on a
40 différentes et donc souvent Ben elles sont un peu mélangées s'il vous plaît c'est pas
41 systématiquement voilà donc après comment ça se déroule Ben c'est très compliqué à savoir il
42 y a il y a bien entendu quelqu'un qui est auteur de violences mais on se rend compte aussi que
43 s'il le fait c'est parce qu'il y avait des motivations qui peuvent être différentes choses en je
44 pense du principe que on n'est pas tous des pervers il existe des gens qui valent pour faire une
45 balle il y en a qui le font sans s'en rendre compte voilà je pense que c'est important aussi de se
46 dire que dans cette notion de maltraitance y'a des fois les notions d'intentionnalité mais des
47 fois y a pas de l'exemple le plus concret que l'on peut avoir et je pense qu'on peut faire
48 l'inverse aussi pour les aînés qui pourraient être violents vis-à-vis de professionnels c'est eux
49 aller dans proche quel moment donné pris un engagement vis-à-vis de son état par exemple va
50 mettre tout en œuvre pour respecter cet engagement donc de style une place réservée je vais
51 protéger donc ce sont des engagements comprends et donc on va essayer de les les garder
52 donc de en disant je ne placerai jamais cette gamine et la personne âgée ou les les le plus
53 longtemps possible à domicile mais peut être dérivement de sur personne la série de facteurs
54 qui font que Massa devient maltraitant de garder donc voyez on fait les choses pour faire le
55 bien et en règle générale on se soucie pas non plus de parce que les dépenses parce que voilà
56 voilà donc c'est vrai qu'on est plus de nous dans la relation où l'aîné et qui subit une forme ou
57 maltraitance et qu'est-ce que est ce que vous avez des oui de de des outils concrets pour pour
58 *** et c'est traitance en milieu hospitalier et on a ce qu'on appelle des d'abord une grille de
59 lecture qui qu'on a mis en place ce qu'on appelle un outil en main donc en fait c'est un outil
60 qui est basé sur une façon de réfléchir qui a été mis en place au niveau du Québec mais qu'on
61 a adapté à notre problématique d'abord dans cet outil là on essaie aussi d'abord de de
62 mettre en œuvre enfin on a associé plusieurs outils et donc le premier qui est en en

63 œuvre c'est le socio génogramme je sais pas si vous connaissez donc c'est un outil qui permet
64 donc on met les netocentre et on regarde tout ce qui gravitent autour de lui ça peut être sa
65 maladie mais aussi quels sont son réseau primaire son réseau secondaire donc vraiment tout
66 ce qui peut être mis ensemble aussi ça permet aussi de voir qui est actif dans la situation le fils
67 solo à quel sont les liens aussi entre personne pourra donner une image de la situation tout cas
68 parce que ça peut aussi faire comprendre pourquoi il quels sont les facteurs qui peuvent être
69 dangereux pour l'aider ou ceux qui peuvent être protecteurs exemple on se rencontre souvent
70 par dans les situations que dans la famille elle-même médecin traitant c'est bien mais ça peut
71 être dangereux parce que le médecin traitant il va pas se positionner somme pour le la fille
72 pour le fils ou ou ou on se rend compte qu'il n'y a pas du tout de services d'aide à domicile
73 donc on se dit hein ça veut dire que là peut être qu'on remettra du cadre des personnes autour
74 ça peut être un facteur de protecteur ou que la famille les filles des aspects tu d'alcool ou de
75 drogue donc ça peut l'être donc voilà ça donne une certaine image savoir aussi sur lequel on
76 peut euh comment dirais-je ensuite qu'on qu'on essaie de faire ça on utilise un triangle pour
77 lesquels il y a 3 sommet un sommet et donc qu'est-ce qui vient qu'est-ce qu'il fait et on essaie
78 de mettre toutes on peut soutenir une question autour de l'aide c'est à dire qu'est ce qu'il vit
79 quel est ton ressenti comment ça se passe puis l'autre sommet c'est l'intervenant qu'est-ce qui
80 se joue aussi au niveau de l'intervenant dans cette relation entre lui et lait et ensuite il y a la
81 espéré spécial et ça c'est important de nommer parce que l'intervenant peut avoir sa position à
82 lui ça doit sentir lui ses difficultés à lui et peut être interne opposition ce que veut la SBL
83 voyez donc on est dans ce cadre-là et on peut en ajouter un 3e à 4e pardon qui peut être la
84 famille intervenant un autre et puis après y a toute les les pratiques psychosociales que l'on
85 peut mettre en place pour aider la situation OK qui vont de l'écho de l'orientation de la
86 conciliation et voilà ça en gros c'est un peu comme ça mais je savais pas Q j'ai pas préparé
87 d'autisme dans vos élèves station c'était pas avec un guide d'entretien après ce qui est aussi
88 enfin je me dis que s'il y a de la violence ou de la maltraitance qui est toujours important c'est
89 de savoir quels sont les enjeux et c'est ce qu'on essaie de chercher aussi qu'est-ce qui pousse à
90 un moment donné la personne et ça peut être temps le lien que qui est violent vis-à-vis d'un
91 professionnel ou qui est qu'est-ce qu'il y a derrière quel sont les enjeux est-ce qu'on est dans
92 un intéressant aussi de se poser d'avoir vraiment une vision systémique oui on se rend compte
93 que des foyers des situations de maltraitance qui pour l'origine est beaucoup plus ancienne
94 que de mon présent exemple souvent dans on appelle ça des situations il y a de revanche
95 revanche de fils sur ses parents lui un moment donné avec une des situations difficiles et donc
96 on est dans un une situation de revanche voilà après oui et alors donc ce qui va être mis en

97 place il y a une écoute j'imagine parce que votre votre association va se placer au niveau du de
98 de l'aîné oui il va y avoir une écoute peut être une mise en commun des intervenants pour
99 discuter donc en fait en résine en fait sur ce qu'on appelle papy pratique psychosocial ce soit il
100 y a d'abord ce qu'on fait c'est une écoute essentiellement de l'écoute et de la citation alors ce
101 qui est important dans notre façon de faire c'est puisqu'on gère 108 cents et donc les appels
102 qu'on se voit ce soir d'un aîné qui avait une situation de maltraitance mais c'est peut être aussi
103 la famille qui voit c'est peut être un proche ou c'est un professionnel qui voit une situation qui
104 donne l'impression d'être la première chose qu'on va faire c'est de rentrer en contact avec le
105 voit comment peut-on rentrer en contact avec lui parce que ce qui est toujours important c'est
106 de savoir que ce qui nous est rapporté si c'est pas une l'aîné c'est le regarde de quelqu'un qui
107 regarde cette situation et donc on s'est rendu compte que pour certains personnes qui voient
108 une situation il y a peut être une situation bien traitance alors que l'année n'a pas de sens pour
109 l'année c'est pas une façon donc c'est vraiment dans notre façon c'est comment accéder à
110 l'ennemi pour avoir son ressenti et ce qu'il souhaite faire donc on va mettre ensuite la neige les
111 réparer au centre mais c'est lui qui va piloter la situation va l'écouter et c'est lui qui va nous
112 donner en fait qu'est-ce qu'il veut faire ce qu'il veut que l'on continue avec lui ou est-ce que
113 c'est juste pour décider ou pour déposer cette situation souvent les certains aînés viennent
114 déposer mais n'ont pas envie de voilà c'est une action qui se passe pourquoi parce que la
115 personne à qui est l'auteur est une personne de confiance OK et donc c'est la famille c'est
116 difficile de de de de de porter plainte aussi c'est par exemple 2 enfants bien qui maltraite le
117 pas mais c'est difficile à l'aîné de faire un choix dire je vais rester avec lui qui est bien très
118 bien l'autre qui m'a présent donc voilà donc y'a des difficultés donc voilà donc de savoir ce
119 que le n est souhaitée il fera rien sans son accord et puis après en fonction de la situation Ben
120 on va peut être réorientés mais parce que peut être des choses que l'on va faire nous on va
121 maintenir la situation mais qu'on va peut être un moment donné réorienter vers un autre
122 service puisqu'on se dire peut être aussi un souci de santé mentale il y a peut être aussi un
123 souci avec l'institution donc on va envoyer vers la vie donc voir un peu quel est le tempéré
124 orienté et puis après on va mettre des des des des choses en place qui vont éviter la situation
125 qui peuvent être de la conciliation qui peuvent être aussi comment dirais-je ce qu'on appelle
126 en fin de coordination réseau c'est à dire de de mobiliser le réseau autour de l'aider pour voir
127 place ça peut être aussi ajouter des personnes ressources et donc je vous disais peut-être qu'on
128 se rend compte dans cette situation là y'a pas de médecin traitant il n'y a pas de service donc
129 voir comment peut-on protéger et puis après on peut aussi accompagner les lier à porter
130 plainte ou parce que le principe salon n'est pas un service qui reçoit des plaintes ont un service

131 d'accompagnement psychosocial donc on va accompagner les nez dans sa situation OK pour
132 manger ou trouver la moindre solution OK et alors depuis peu ce qu'on a mis et donc là on est
133 toujours en lien avec les depuis plus qu'on a mis en place parce qu'on se rendait compte que
134 c'était un besoin aussi on a on a mis en place ce qu'on appelle des des des des relations
135 plurielles c'est-à-dire ou des des des des groupes pluriel c'est de permettre à des
136 professionnels de venir déposer des situations qui les vivent et que nous on leur sert un peu
137 d'experts pour qu'ils puissent euh mettre en place dans leur institution là la meilleure des
138 situations par rapport à ce qu'ils vivent et là on n'a pas de contact avec les OK donc du
139 Conseil de conseil moulin TV par rapport à la situation qui est livre parce que bah c'est pas
140 toujours nécessaire oui parce que c'est pas possible okay ça c'est fait mais il faut savoir qu'on
141 ait aussi une mission sa mission d'accompagnement mais on a aussi une mission de prévention
142 donc là on fait aussi des sensibilisations très différent public sur ce que c'est la maltraitance
143 OK de essentialisation et par quel par quel accès vous venez faire la sensibilisation
144 civilisation vous allez dans dans des maisons de repos dans ouais donc soit c'est avec des des
145 groupes groupes aidés soit on va dans les institutions de soins mais on va pas comme ça et il
146 faut aussi que ce soit quelque chose qui ne soit pas directement consécutif à une situation de
147 maltraitance véhicule dans la maison de repos on n'est pas là pour venir faire mieux pour toi
148 pour dire que ça ça ne va pas moi il faut vraiment que il y a une réflexion avec l'autre
149 demandeur qu'il soit la direction la la la direction du Nord Sing pour voir qu'est-ce qu'est-ce
150 qu'on vient faire dans cette maison donc quel est le but poursuivi parce qu'on se rencontre
151 souvent c'est que entre la volonté du directeur ou de la responsable infirmière de venir
152 apporter quelque chose à son équipe c'est l'équivalent donc il faut être au clair par rapport à ça
153 aussi OK et vous pensez que en informant plus est ce que vous pensez que ça doit être double
154 l'information que ce soit aux professionnels de santé et aux personnes âgées pour qu'elles
155 soient sensibilisés à la maltraitance où vous allez plutôt cibler que les personnes âgées j'essaie
156 de comprendre qui est ce que vous ciblez dans la prévention en fait je pense qu'on cible les
157 personnes âgées pour leur faire comprendre et pour leur dire c'est quoi une situation de
158 maltraitance parce qu'on se rend compte que une des raisons du silence parce que enfin ce qui
159 est important aussi à savoir c'est que parler de la maltraitance c'est tabou on se rend compte
160 que très peu de personne aidée signale des situations parce qu'il y a des raisons du silence qui
161 sont d'une part le fait que les personnes ont peur de représailles parce que c'est souvent un
162 membre de la famille qui est désigné comme auteur et Troisièmement parce que les gens ne se
163 rendent pas compte qu'ils sont cons exemple si vous avez des projets bien sûr vous savez par
164 contre dans une situation il y a une maltraitance de tes psychologique il y a une infantilisation

quelque part on est dans une situation où négligence vous rendez pas compte que l'auteur est négligent que l'auteur vous infantiliser donc je pense que c'est important de prévenir les gens qui peuvent être à certains moments dans une situation maltraitance ça c'est le premier je pose problème professionnel c'est important aussi de leur dire que certaine façon de se comporter peuvent être elles peuvent être maltraité et que il y a peut être de bonne pratique à avoir vous changer sa pratique ou son regard par rapport à ça et donc bah quand vous avez des cours avec moi vous savez très bien que sa philosophie c'est le prendre soin et ça peut être d'un soin technique verra prendre soin et on se rend compte que on peut faire le meilleur soin technique possible si on n'est pas si on regarde pas les aussi on parle pas les débats on est dans une forme de négligence hein et donc voilà y a ce genre de choses à montrer de faire comprendre que à certains moments leurs attitudes comportements leur faire leur discours peut entraîner une forme et de se dire que à certains moments c'est la routine qui va faire que c'est comme ça oui et que ce n'est pas systématiquement parce que vous avez épuisé parce qu'on est on a pas le temps voilà on part du principe que le fait de dire qu'on n'a pas le temps ou qu'on est obligé cette réalité mais ce n'est pas qu'une excuse on peut très bien aller très vite dans une toilette par exemple mais en étant dans une discussion avec la personne ou en considérant l'impression on a donc voilà donc c'est aussi ce genre de choses-là et donc voilà c'est important que tout le monde soit conscient de ce qui s'est passé de jouer oui oui c'est clair géant un background infirmière et et on on l'a enfin dans mes stages et tout on l'a on la voit cette violence elle est oui Ben oui euh elle est latente et puis il y a aussi les puissants qui fait que et donc c'est important aussi de véhiculer le fait que les bonnes pratiques c'est pas que changer sa façon d'être c'est ça aussi mais c'est peut être aussi sa façon de de communiquer sa phrase au pouvoir s'exprimer aussi sur ce qu'on et on se rend compte et c'est là aussi qu'on essaie de permettre par cette sensibilisation personnels de soins de s'exprimer sur ce qu'il et où tes difficultés et ça je pense que c'est ça manque important dans dans la maison de repos ça change un peu mais c'est de permettre au personnel amour donné de s'arrêter de discuter de déposer ce qu'ils vivent d'autant plus avec la situation actuelle que ça a dû être avec le COVID tout ça est exacerbé au final ouais et là je pense qu'il y a aussi un outil je sais pas ce que vous avez peut être des cours avec Madame police haskell poli j'ai entendu parler des options j'ai pas eu cours avec elle alors donc en fait il faut savoir que Cécile bolliet liste qui travaille à l'école du librement et qui a mis en place un outil ils appellent apaiser la souffrance des soignants et l'idée qui a derrière c'est que beaucoup de soignants étaient confrontés dans des confrontations de valeurs qui peuvent être les leurs par rapport à des valeurs qui viennent d'en haut sans gêner nos souffrances générées fête de sens et peut à un moment donné c'est là que

199 c'est aussi se dire c'est important de de mettre ça en place aussi un moment donné entraîner
200 une forme de de négligence des années parce qu'on n'est plus dans le sens on n'est plus dans
201 un sens de prendre soin n'est plus quelque chose de systématique donc il faut pouvoir aussi
202 appréhender cette cette façon de faire et dans l'autre sens c'est aussi permettre et c'est ça qu'on
203 a mis en place pendant la crise obligé de mettre en place aussi des groupes de paroles pour les
204 aider pour pouvoir aussi parce que je pense qu'une forme d'agressivité c'est moi c'est aussi de
205 pas pouvoir s'exprimer et de chose et donc ça pourtant que les aînés puissent exprimer okay
206 super bah ça éclaircit un peu un peu ce que j'avais en tête d'accord super je fais vite un petit
207 chèque de de ce que je de ce que je m'étais de ce que j'avais noté non Ben on on retourne
208 enfin on retrouve plus ou moins tout ce que je voulais retrouver donc donc voilà je vous
209 remercie en tout cas pour votre temps et alors si vous peut être aussi si ça vous intéresse il y a
210 par la maltraitance il y a une à l'université de Sherbrooke ils ont une chair de de lutte contre la
211 maltraitance des aînés et là si vous voulez obtenir pas mal d'écrits ou pas bien d'autres choses
212 oui et Ben merci et merci vous aussi bonne continuation voilà on voit

*Entretien Maria-J. Alvarez Baranga – médiatrice aux Cliniques
Universitaires Saint-Luc*

1 *Bonjour Madame Alvarez,*

2 *Bonjour,*

3 *Voilà mais je me représente un tout petit peu. Je m'appelle Camille, je fais mon mémoire pour*
4 *mon master en santé publique à l'UCL sur la violence, centrée envers le personnel soignant.*
5 *Donc mon mémoire se comporte en 2 parties. La première, c'est une analyse de ce qu'est la*
6 *violence et de ses mécanismes et puis des outils plus concrets sur qu'est-ce qu'une institution*
7 *ou un infirmier chef par exemple peut mettre en place pour faire de la prévention que ce soit*
8 *primaire, secondaire ou tertiaire pour éviter la violence envers le personnel soignant. Donc*
9 *voilà je trouve que la partie médiation joue un rôle dans ses outils. Je sais que c'est une*
10 *obligation de toute manière de la part des hôpitaux donc je voulais un peu discuter avec vous,*
11 *voir quel était votre point de vue sur le sujet et quelle partie, quel rôle ça joue dans votre*
12 *travail de tous les jours.*

13 *Alors écoutez, c'est quand même un sujet très intéressant parce que vous allez vite*
14 *comprendre que moi je suis justement entre les deux. Je suis entre la violence de personnel*
15 *mais la violence aussi que subissent les patients : envers les patients. A l'heure actuelle, je*
16 *trouve que les patients et leur famille sont l'objet de violence très importante du personnel et*
17 *je vous explique pourquoi. La première chose est que je comprends très bien la situation de*
18 *personnel soignant actuellement. Nous vivons des temps vraiment particulièrement difficiles*
19 *et compliqués où les le personnel a peur aussi pour lui-même, pour sa santé, pour la santé de*
20 *sa famille mais ça ne l'autorise pas être à ne plus être empathique et ne plus être humain vis-à-*
21 *vis du patient. J'ai encore eu 2 plaintes ce matin parce que les visites sont interdites*
22 *actuellement pour les patients qui restent plus de 7 jours et donc je ne conteste pas la règle, ni*
23 *les règles puisqu'elles ont leur raison d'être et je le dis à qui veut l'entendre. Et c'est comme ça*
24 *que je défends un petit peu les soignants quand j'explique aux patients et à leur famille mais il*
25 *y a une façon de dire les choses. Le personnel soignant maintenant n'est plus capable de*
26 *communiquer de manière non-violente. Il communique de manière violente, pourquoi, parce*
27 *qu'il s'autorise un pouvoir. Quel est le pouvoir qu'on s'autorise actuellement, c'est le fait de*
28 *dire « vous avez besoin de nous, maintenant c'est nous qui faisons la loi ! » et ça c'est un petit*
29 *peu problématique.*

30 Donc vous voyez j'ai beaucoup de difficultés à défendre l'intérêt des soignants maintenant
31 alors que vous, vous êtes justement à présenter la violence qu'eux subissent mais là aussi je
32 ne suis pas d'accord. Je ne sais pas si vous connaissez mon parcours ?

33 *Non.*

34 Non ? Moi j'ai été infirmière pendant 18 ans aux soins intensifs. J'ai fait des études de droit
35 donc j'ai un master en droit aussi et à mon époque quand j'étais infirmière, on avait une
36 compassion et une empathie pour les patients qui n'est plus là maintenant. Je ne vais pas dire
37 que tout le personnel n'est pas humain, ni empathique, mais la pandémie vraiment... Qu'est-ce
38 qu'est ce qui s'est passé avec la pandémie ? En fait la pandémie a mis en évidence un sous-
39 financement des soins, un réel sous-financement. Et en mettant en évidence ça, on s'est rendu
40 compte qu'en fait il n'y a pas assez de personnel pour toutes les tâches qu'on oblige le
41 personnel à faire. Donc moi, c'était déjà à mon époque difficile avec tout, moi je voyais bien
42 que parfois... Mais quand j'étais de l'autre côté de la barrière, je ne comprenais parfois pas
43 pourquoi les médecins exigeaient de nous, j'étais aux soins intensifs, qu'on sorte des
44 impressions d'écran. J'étais en cardio et donc si, je comprenais l'importance, mais moi je me
45 défendais en disant « je dois être au chevet du patient et c'est sa vie que je dois sauver, pas des
46 papiers, pas la paperasse ».

47 Or maintenant que je suis un petit peu de l'autre côté, je vois toute l'importance de cette
48 paperasse aussi et donc on en revient toujours au même problème : un sous-financement des
49 soins implique qu'il n'y a pas assez de personnel pour la demande. Quelle demande ? C'est la
50 demande des patientes, les exigences gouvernementales au niveau des soins, toujours faire
51 plus avec moins de moyens, et donc les institutions qui lorsqu'elles doivent faire des
52 économies quelque part font une économie dans le personnel soignant et donc on en vient à
53 avoir un personnel qui est fatigué, épuisé et qui n'a plus de sens à faire son travail parce qu'on
54 lui en demande trop. Et la solution, franchement, si elle ne vient pas du politique, je ne vois
55 pas comment elle va venir.

56 *Oui, c'est un cercle vicieux... Le personnel est plus fatigué, il est plus à risque d'avoir des*
57 *comportements inadéquats...*

58 Exactement, exactement ! Et c'est ce à quoi on est en train de faire face maintenant.

59 Dire à un patient qui est isolé de sa famille, parce qu'il demande une tasse de thé à 14h, lui
60 répondre « Ce n'est pas l'heure du thé ! ». Ou est ce qu'on va ? Ou est-ce qu'on va ? Vous

61 comprenez ? Il faut aussi comprendre ce qui est en train de se vivre de l'autre côté. Ce que je
62 n'accepte pas et je suis la première en tant que médiatrice à le défendre, c'est que on insulte le
63 personnel, ça se fait, mais moi aussi je suis insulté ! Donc en fait, je n'accepte pas non plus
64 qu'on agresse le personnel mais il faut que le personnel comprenne que souvent ces agressions
65 sont les résultats de frustrations, sont le résultat de souffrances, souffrances des gens et sont
66 un résultat du mal-être de la société. Parce qu'on fait, moi je peux vous dire qu'il y a un
67 changement dans la société qui a été crescendo mais depuis 5 ans c'est notoire. Donc déjà
68 avant le COVID, l'agressivité vis-à-vis du personnel et vous dites, personnel soignant, mais
69 moi aussi je subis l'agressivité des gens, je peux vous le dire y'a des gens qui sont odieux avec
70 moi alors que je suis là pour les écouter mais comme ils n'ont pas d'autres personnes qui veut
71 bien les écouter, c'est moi qui en fait les frais donc il y a oui, il y a un irrespect total du
72 personnel mais moi aussi je me compte dans le personnel.

73 Je vous dis, ça, c'est lié à un phénomène de société. Observez les gens dans la vie de tous les
74 jours, il n'y a plus de respect, c'est chacun pour soi ! Vous voyez, on a plus que des droits, on
75 n'a plus aucuns devoirs. Quand vous voyez ça, et bien, c'est ce qui se passe quand ils viennent
76 dans l'hôpital ces gens-là mais ils sont comme ça dans la vie de tous les jours. Mais donc s'il y
77 a des actions à mener, ce n'est même pas dans l'hôpital ! C'est déjà dans l'éducation des
78 enfants, c'est dans l'éducation à la maison et l'éducation scolaire. Alors, vous savez, quand je
79 parle de la loi des droits du patient mais ça devrait faire partie du programme scolaire. Qu'on
80 apprenne aussi aux gens le savoir-vivre mais toutes ces choses-là, elles doivent être intégrées
81 dans les formations de base. Déjà la communication, la communication, c'est déjà quelque
82 chose qu'on devrait intégrer dans le programme des primaires. C'est là que débute la
83 communication. Et je pourrais vous donner un exemple, moi, quand ma fille avait 12 ans,
84 qu'elle me demandait que j'augmente son data pour pouvoir communiquer avec sa copine
85 alors qu'elle prenait le même bus, il y en avait une à l'avant et l'autre à l'arrière et elle se
86 parlait via le data. Et bien c'est là déjà qu'il y a un problème. Et je lui ai dit « ben non je
87 n'augmenterai pas le data, tu as un abonnement de bus pour être avec ta copine, pour faire ce
88 trajet, et bien tu te mets à côté d'elle et vous vous parlez est pas au travers d'un téléphone ».
89 Ça commence déjà là.

90 La communication et la communication non-violente ce n'est pas un programme qui doit se
91 faire dans les formations de ... des formations qu'on fait à un niveau personnel, par après,
92 qu'on veut faire pour s'améliorer tout le temps, ... Non ! Ça doit être dans le programme de
93 base !

94 Moi je peux déjà vous dire, au niveau des soignants, même des médecins, ils ne savent pas
95 écouter le patient. Parce que je pourrais vous montrer un exemple de courrier, c'est d'ailleurs
96 ce que je fais quand je fais mes présentations, il n'y a pas que la communication verbale, il y a
97 aussi la communication non verbale. Quand un médecin pose une question à un patient et que
98 le patient n'a pas le temps de répondre que le médecin a déjà, à la 2e question et quand le
99 patient veut répondre à la première, le médecin fait un geste de la main l'air de dire je suis
100 déjà à autre chose, vous voyez ? ça ce soir la communication

101 *Oui, il y a un sous... Un sentiment... enfin ce n'est pas de l'agressivité mais c'est de la*
102 *mauvaise communication !*

103 Mais oui, ça veut dire, on n'écoute pas l'autre. Mais l'écouter pour l'entendre, pas l'écouter
104 comme ça, vous voyez ? Parce qu'il y a un impact et ce patient, il peut vous apporter
105 beaucoup, beaucoup d'informations qui vont avoir une influence sur le pronostic, sur le
106 diagnostic et sur le traitement et ça, ce n'est pas perçu non plus. Alors, écoutez, votre
107 mémoire, il est pour expliquer l'agressivité que subit le personnel soignant, oui c'est vrai, elle
108 est là et je fais tampon pour ça je ne fais que ça, pour l'instant, je ne fais que ça.

109 Donc l'autre jour, j'ai une dame qui me téléphone elle me dit « ma maman est hospitalisée en
110 soins intensifs, j'ai été poser une question à l'infirmière, c'est une autre, un infirmier qui m'a
111 répondu et il m'a dit Madame ne commencez pas à m'énervé ». Ils en sont presque venus aux
112 mains et donc la fille de la patiente, elle était complètement paniquée, déstabilisée, elle vient
113 chez moi. Qu'est-ce que j'ai dû faire ? Et bien défendre le personnel soignant pour dire
114 « écoutez, voilà, ils sont énervés, ils vivent des moments difficiles, c'est compliqué pour eux
115 aussi, ... » et puis en parlant avec elle j'ai compris beaucoup de sa détresse, en fait pourquoi
116 elle est tellement préoccupée pour sa maman ? Parce que sa maman ne va pas bien mais en
117 plus parce que toute sa vie elle porte la culpabilité que sa maman ne soit pas bien puisqu'on
118 lui a dit que c'est depuis qu'elle était née que sa maman n'était pas bien donc vous imaginez
119 tout ce qu'il y a derrière et ce que les gens portent et qu'on ne sait pas ce qu'ils portent.

120 Et bien, quand vous comprenez ça et que vous les entendez dans leur souffrance, pouf, le flan
121 est redescendu tout de suite. Elle s'est sentie écoutée et bien depuis ça se passe très bien en
122 soins intensif. Il faut que chacun y mette du sien, on ne sait pas sortir de cette impasse. Oui les
123 gens sont irrespectueux, oui les gens sont agressifs et violents, oui c'est la société qui a voulu
124 ça, oui les gens sont exigeants beaucoup plus qu'avant, oui les gens croient qu'ils n'ont que des
125 droits mais de temps en temps on peut leurs rappeler leurs devoirs, si on le fait gentiment,

126 poliment et de façon compréhensive, ça se passe bien. La dame qui ne pouvait pas aller voir
127 sa maman aux visites, il suffisait de lui dire « On vous comprend Madame, on sait que la
128 réglementation est difficile et on vous comprend, mais ne vous inquiétez pas, on va s'occuper
129 au mieux de votre maman ». Il suffisait de dire ça ! Non à la place, on a dit « on va appeler les
130 vigiles si vous ne partez pas » vous voyez ?

131 *Oui, il y a une escalade dans la conversation qui est...*

132 Voilà ! Alors qu'est-ce qu'il faut faire ? Vous savez le personnel fait partie de la société, eux
133 aussi ont eu la même éducation que les autres.

134 *Oui, c'est vrai*

135 Et donc je ne vois pas comment en sortir et ce n'est pas en ayant pitié du personnel qu'on va
136 en sortir, non, c'est pas en ayant pitié du personnel, c'est je pense aussi à savoir communiquer
137 avec le personnel et à leurs expliquer « ok c'est vrai les gens sont violents et agressifs, mais
138 voyez aussi dans votre vie de tous les jours, ces gens-là sont aussi dans votre vie de tous les
139 jours agressifs, vous en côtoyez pleins. Dans les écoles, il y a plus d'agressivité et tout. Et bien
140 si vous vous braquez contre le patient, et bien vous êtes quelqu'un qui vous braqué aussi dans
141 la vie de tous les jours. Et est-ce qu'on peut en sortir si chacun reste dans sa position ? Non, on
142 ne peut pas en sortir. Il y a toujours... On doit tous donner un petit peu quelque chose de
143 nous, on doit tous laisser quelque chose tomber pour que ça se passe bien et je vous dis, on
144 peut faire respecter les mêmes règles, il suffit de savoir comment on communique. Et je dis
145 toujours aux gens quand je fais mes informations, quand je fais mes présentations je dis « si
146 vous ne retenez qu'une seule phrase de tout ce que je dis, je serais très heureuse et cette
147 phrase là c'est quoi ? C'est qu'est-ce que la communication ? La communication, c'est faire un
148 voyage avec quelqu'un en essayant de se comprendre ». C'est ça la communication. On est
149 tout le temps dans des calibrages, c'est du calibrage qu'il faut faire.

150 Alors, le personnel soignant, il cristallise la violence des patients et de leur famille, mais qui
151 est le vrai responsable dans cette histoire ? Le politique hein ! Faut pas chercher midi à 14h !
152 Vous voyez, c'est pas contre eux, les patients, ni contre les familles qu'ils devraient se
153 révolter, c'est contre le politique qui pendant des années a fait ce sous-financement et cette
154 non-reconnaissance des soignants, parce qu'elle a toujours existé vous comprenez ? Et c'est
155 pas parce que maintenant ils se disent « Ah oui mais s'ils ne nous ont pas, les gens vont

156 mourir, on va pas se soigner », non un moment donné, il ne s'agit même plus de de
157 professionnalisme, il s'agit d'humanité. Vous comprenez ?

158 Une infirmière chef qui me dit, à qui je demande juste d'adapter l'heure de visite, la dame
159 avait une bonne raison, son fils en plus aveugle, il venait d'être opéré, elle venait de tourner,
160 elle avait son heure de visite à 17h30, elle m'a demandé si elle ne pouvait pas venir à 14h30
161 exceptionnellement parce que pour le train, c'était plus facile. L'infirmière chef qui me répond
162 « Ah... si vous nous le demandez, on est obligé ? ». Je dis « non, vous n'êtes obligé à rien,
163 c'est juste, je veux que vous compreniez que c'est quand même important ». A cela elle me
164 répond « Ah oui vous êtes là défenderesse des droits du patient, le personnel vous n'en avez
165 rien à foutre ». Elle m'a dit comme ça, là, je lui ai répondu « Vous avez faux sur toute la
166 ligne ». En plus, elle ne connaissait même pas mon parcours d'infirmière pendant 18 ans donc
167 je dis « j'en connais quand même un morceau, vous savez ici il s'agit juste humanité, rien
168 d'autre, c'est l'humanité qui est en cause » et quand je lui ai demandé pourquoi elle refuserait
169 elle m'a dit « Ah mais c'est une heure à laquelle ça nous dérange parce que c'est l'heure de
170 notre pause ». Non ! non ! Vous voyez je ne peux pas entendre des choses comme ça non
171 plus, donc vous voyez, il faut toute proportion gardée ! Je ne suis peut-être pas la bonne
172 personne à qui vous demander ça... (rire)

173 *Non, non, c'est un point de vue intéressant. Je pense que votre rôle est relativement neutre*
174 *entre justement le personnel soignant et les patients donc oui donc je trouve que c'est un point*
175 *de vue intéressant à voir clairement. C'est déjà assez clair. Comment est-ce que ça s'organise*
176 *quand un patient vient chez vous ? J'imagine que c'est les patients qui vous contactent avec*
177 *une plainte ?*

178 Pas que les patients ! Ce sont souvent maintenant les familles. Il y a le patient quand lui, il est
179 assez bien pour se plaindre, c'est lui qui vient. Quand il n'est pas assez bien, c'est souvent les
180 familles. Maintenant je vais dire dans 60% des cas, ce sont les familles donc ils me
181 contactent, ils m'exposent la plainte et moi en fonction de ça, j'envoie vers les personnes
182 concernées. Mais je vais vous avouer quelque chose: depuis le COVID, je n'ose même pas
183 revenir vers le personnel infirmier de peur qu'ils disent à la direction « Oui, la médiatrice
184 vient encore avec une plainte, c'est quoi ça ? Je m'en vais hein, je donne ma démission », on a
185 même peur de cela maintenant donc on arrive à ne plus faire de remarques au personnel,
186 tellement on a peur qu'il démissionne. Pourquoi ? Il n'y a pas assez personnel !

187 *C'est terrible ça, c'est vraiment un cercle vicieux.*

188 Vous voyez ce que je suis en train de vous expliquer ? Que c'est pas aussi simple donc je ne
189 vois vraiment pas comment en sortir mais moi en tout cas ma mission elle est de tenir l'église
190 au milieu du village ? Donc qu'est-ce que je fais ? Je calme le patient. Celle que j'ai eu ce
191 matin, j'ai envoyé à la direction pour qu'il soit informé et j'ai dit « ne vous inquiétez pas, je
192 sais très bien ce qu'il se passe au niveau du personnel, moi je veux que vous sachiez ce que
193 les nouvelles directives vont entraîner. Moi je vais gérer auprès de la fille de la patiente » et
194 donc qu'est-ce que j'ai fait ? Je l'ai appelé, j'ai essayé de lui faire entendre que bon... Je n'étais
195 pas contre les règles puisque les règles elles ont leur raison d'être mais que je comprenais,
196 qu'on n'avait pas été assez empathique avec elle, que je comprenais que ça ne se faisait pas et
197 en même temps je dis le personnel est débordé je brode un petit peu même si ça me fait mal,
198 je dois rester neutre vous voyez donc je dois essayer... et donc en fait elle était très contente.
199 Pourquoi ? elle me dit « en tout cas merci de m'avoir appelé et merci de m'avoir écouté et je
200 vois que vous avez quand même une vision des choses qui est assez correcte » et donc vous
201 voyez si les gens vous dites : « *OK je sais que ne plus avoir de visite pour des gens qui sont*
202 *en fin de vie, c'est horrible, c'est cruel et c'est une directive contre laquelle on ne peut rien. Si*
203 *votre maman se trouvait dans un autre service palliatif, là vous pourriez aller, là elle se*
204 *trouve dans un autre service donc c'est pas possible. J'entends bien c'est cruel mais à un*
205 *moment donné, si les décisions qui nous dépasse, c'est que on doit veiller au bien de tous*
206 *plutôt qu'au bien individuel, on ne peut rien faire* ». Alors j'essaye d'entendre qu'est-ce qu'il y
207 a derrière donc la dame de ce matin elle me dit « je préférerais prendre ma maman chez moi »
208 et j'ai dit « OK Ben ça je vais voir avec le médecin pour qu'il puisse vous contacter et voir si
209 c'est faisable qu'on mette en place quelque chose, que votre maman puisse rentrer chez elle
210 avec un encadrement » et donc, vous voyez, en essayant de voir des solutions possibles pour
211 obtenir la réponse à ses besoins, il y a moyen d'avancer et donc elle était super contente et moi
212 j'ai aussi envoyé un mail au médecin en disant voilà la fille essaye de vous contacter, elle n'y
213 arrive pas, ce serait bien si vous l'appeliez pour essayer de parler du suivi de sa maman et moi
214 j'ai fait mon travail et elle était apaisée et j'ai défendu le personnel et j'ai défendu les droits du
215 patient.

216 *Ok super. Est-ce que, petite question un peu plus d'ordre personnel, il y a beaucoup de*
217 *plaintes qui passent à des plaintes juridiques ?*

218 Pas trop, mais je vais vous donner une proportion. Je n'ai pas de secrets à ce niveau-là parce
219 que je trouve qu'on est assez bien. Je vais vous expliquer donc sur 700 plaintes par an, il y en
220 a 40 que j'envoie au service des assurances. Dans ces 40 là, ce n'est pas parce que je les

221 envoie au service des assurances, qu'elles vont aboutir en plainte juridique, d'accord ? Sur ces
222 40 là, on en a peut-être que 2 qui vont aboutir donc vous voyez la proportion, elle n'est pas
223 énorme.

224 *Oui c'est très peu 2.*

225 C'est très peu et 700 plaintes c'est beaucoup pour moi. Ça représente mon travail mais ce n'est
226 pas beaucoup par rapport à tout ce que le l'hôpital travaille. S'ils ont des centaines de milliers
227 de contacts, 700 plaintes ce n'est rien.

228 Pour vous donner un ordre d'idée, je suis aussi médiatrice à Valida, je ne sais pas si vous
229 connaissez Valida ?

230 *Oui j'en ai déjà entendu beaucoup parler.*

231 Voilà je suis médiatrice là-bas aussi. Et bien là-bas j'ai 25 plaintes par an, vous voyez la
232 proportion ? Alors qu'ils ont 250 lits.

233 *Oui donc ça représente un quart de St-Luc.*

234 Alors, qu'est-ce qui fait la différence aussi ? C'est qu'à Valida, je n'y ai pas un bureau tous les
235 jours donc on ne sait pas venir me voir aussi facilement. On peut toujours me contacter par
236 mail mais ce n'est pas la même chose. On peut me contacter par téléphone mais les gens,
237 comme je ne suis pas sur place, il y a moins de demandes. C'est un hôpital qui brasse moins
238 de choses graves et importantes, c'est une autre population, c'est aussi une population qui est
239 moins enclin à écrire ou à se plaindre parce que je demande aussi un écrit toujours. Et il y a
240 un autre facteur aussi, le genre de pathologie qu'on brasse n'a rien à voir avec ici. C'est aussi
241 une population âgée qui a là-bas donc il y a déjà moins de choses. Donc vous voyez le chiffre
242 des plaintes, regardé tout seul sans le mettre dans un contexte n'a aucune importance. C'est
243 pour ça que je n'ai pas peur de donner le chiffre. Le chiffre il reflète simplement « Ah vous
244 voyez, la médiatrice elle travaille beaucoup ! ». Voilà, c'est juste ça que ça donne comme
245 information. Le reste, il faut le mettre dans le contexte.

246 *Super, un tout grand merci. Ça a éclairci votre point de vue et puis le rôle que vous jouez.*

247 Voilà, je vous souhaite beaucoup de chance pour votre mémoire.

248 *Merci pour votre temps.*

Retours d'entretien Hugues Constant – Infirmier-chef des urgences du CHU Saint-Pierre

Beaucoup de violence dans la relation « professionnels de santé – patients ».

La violence est présente des visiteurs vers les soignants, des soignants vers les patients mais aussi de patient à patient.

Elle est très souvent verbale, très rarement physique.

Donne comme valeur pour un infirmier aux urgences à temps plein : 1 jour sur 2 il subit de la violence.

Causes :

- Émotion (ordre de compréhension de l'autre, angoisse propre à l'hôpital, etc.)
- Organisation et logistique (problème de communication, attente)
- Souvent dû à l'effet de la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

Plus précisément : l'attente, la douleur, l'incompréhension, des causes somatiques (ex : alcool, drogue), des causes psychologiques (décompensation).

Décrit l'hôpital comme un milieu très émotionnel où chacun doit gérer ses émotions et parfois cela s'exprime par de l'agressivité ou de la violence. Cette émotion est vécue par tous, quel que soit la position. De plus, le monde hospitalier est un milieu où tout le monde se permet de s'exprimer de manière très laxiste. Il y a moins de politesse.

La violence intervient après le moment où le soignant ressent une perte de contrôle de son environnement de travail.

L'expérience du soignant influe positivement sur le nombre d'événements indésirables.

Conséquences pour le personnel :

- Fatigue !
- Sentiment de ne pas être reconnu en tant que soignant
- Met en avant par le personnel les failles d'un système.
- Influence importante sur le turnover infirmier.

Selon son expérience, il n'y a pas plus de violence qu'avant. La violence aux urgences est normale.

Outils mis en place :

- En amont, le personnel des urgences suit une formation de trois jours pour apprendre la communication non violente, la désescalade et la bienveillance.
- Ils bénéficient d'un système de gardiennage qui forme le personnel à reconnaître les types de patients agressifs. Une équipe de dispatching suit en continu par image les espaces ouverts des urgences par des caméras de surveillance.
- L'architecture du service a été pensée pour que le personnel puisse avoir un couloir de fuite. Il y a très peu de zones d'ombres.
- Une charte est en cours de création par et pour le personnel soignant afin de diminuer la violence inter-soignants.
- Une liste de patients indésirables a été créée regroupant les patients ayant provoqué des faits d'une grande gravité ou très répétitifs. Ils ne sont plus les bienvenus au sein du service des urgences à moins que leur vie soit réellement en danger. Des conditions très strictes sont fixées pour mettre le nom d'un patient dans cette liste afin de ne pas commettre d'erreurs. Exemple : un patient en décompensation psychiatrique.
- En aval, ils réalisent des déclarations d'incident avec des plaintes éventuelles. Des plaintes à la police sont très rarement réalisées. Elles arrivent généralement lorsqu'il y a une incapacité de travail importante ou aléatoirement lorsque le soignant a un sentiment de goutte d'eau qui fait déborder le vase.
- Un service de médiation gère les plaintes mais ne vient pas sur le terrain en cas de problème interrelationnel.
- Un psychologue est attribué à l'équipe pour faire des entretiens de follow-up avec le personnel lorsqu'un évènement indésirable est déclaré ou lorsque le soignant ressent le besoin de parler.

- Dans le passé, il y avait possibilité de suivre une formation CAMP aux techniques de self-défense. Aujourd'hui ce n'est plus proposé. Le comportement recommandé en cas de violence est de fuir, de prioriser la sécurité.

Conclusion de la conversation : la formation du personnel est la clé dans la gestion de la violence.

*Retours d'entretien André Néron – Directeur du bureau Partenariat-Patient
ULB, Érasme*

Retour de l'entretien téléphonique :

Sujet intéressant mais par le sens de la violence dans la relation patient/accompagnant vers les soignants → Biais à éviter. Car la violence n'est pas que dans un sens, une direction.

Beaucoup de violence sur les patients de la part du personnel soignant.

Se centrer d'avantage sur « la violence dans la relation patient – professionnel de santé »

Utiliser le terme « professionnel de santé » plutôt que personnel soignant

Violence est large, pleins de types, peut s'exprimer par de la non-observance.

Chacun a sa propre sensibilité face à l'agressivité.

Souvent un problème de communication derrière la violence :

- Par mauvaise communication
- Par manque d'information

Également lié aux conditions de travail du personnel → mauvaises conditions → personnel fatigué → moins d'humanité, de sensibilité, de patience.

« L'être humain est fait de belles choses et de moins belles »

La formation du personnel est un outil dans la prévention de la violence, le bureau Partenariat-Patient en est un autre.

