

QUAND LES RÉALITÉS CONTEXTUELLES ENTRAVENT LE PROCESSUS D'ACCUEIL AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES

[Mathilde Meriaux, Jennifer Denis](#)

Association de Recherche en Soins Infirmiers | « [Recherche en soins infirmiers](#) »

2022/1 N° 148 | pages 79 à 88

ISSN 0297-2964

DOI 10.3917/rsi.148.0079

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2022-1-page-79.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association de Recherche en Soins Infirmiers.

© Association de Recherche en Soins Infirmiers. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Quand les réalités contextuelles entravent le processus d'accueil aux urgences psychiatriques

When contextual realities hinder the process of welcoming new patients in psychiatric emergency units

Mathilde MERIAUX, Ph.D en psychologie, psychologue clinicienne, psychothérapeute, Service de psychologie clinique de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Mons, Mons, Belgique

Jennifer DENIS, Ph.D en psychologie, psychologue clinicienne, psychothérapeute, Service de psychologie clinique de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'Université de Mons, Mons, Belgique

RÉSUMÉ

Introduction : s'interroger sur la mise en place des soins en psychiatrie nécessite de prime à bord de nourrir une réflexion sur et autour du moment de l'accueil des patients au sein des services d'urgences. Dit autrement, de porter un regard sur les conditions contextuelles de ce primo moment du soin. Notre objectif est d'étudier les ingrédients qui participent au développement ou au maintien d'une attitude dite accueillante.

Méthode : la théorisation enracinée nous a permis d'approcher au mieux la complexité du phénomène, en allant à la rencontre d'intervenants exerçant en unité de crise et d'urgences psychiatriques.

Résultats : les résultats exposent trois voies impliquées dans le processus d'accueil : (1) voie d'activation du processus ; (2) voie d'affaiblissement du processus ; (3) voie pour contrer la voie d'affaiblissement et alimenter la voie d'activation. Réintroduire le temps de penser et des « espaces du dire » reste l'enjeu à l'accueil des urgences psychiatriques.

Discussion : accueillir dépend avant tout qu'un contexte propice – sociétal, politique, institutionnel et environnemental – soit encouragé et maintenu dans l'univers professionnel et personnel des intervenants de la crise.

Mots-clés : accueil, théorisation enracinée, urgences psychiatriques, vécu subjectif.

ABSTRACT

Introduction: Questioning the implementation of care in psychiatry requires a reflection on and around the moment when patients first arrive at an emergency unit. In other words, it is necessary to take a look at the contextual conditions of this first moment of care. Our objective is to study the ingredients that contribute to the development or maintenance of a welcoming attitude.

Methods: Grounded theory allowed us to better understand the complexity of the phenomenon by meeting people working in crisis and psychiatric emergency units.

Results: The results present three pathways associated with the welcoming process: (1) pathway to activate the process; (2) pathway to weaken the process; (3) pathway to counteract the weakening pathway and feed the activation pathway. Reintroducing time to think and "spaces to speak" remains a challenge in the welcoming of patients in psychiatric emergency units.

Discussion: a welcoming reception depends on a favorable context-societal, political, institutional and environmental-being fostered and maintained in the professional and personal world of professionals.

Keywords: reception, grounded theory, psychiatric emergencies, subjective experience.

Pour citer l'article :

Meriaux M, Denis J. Quand les réalités contextuelles entravent le processus d'accueil aux urgences psychiatriques. *Rech Soins Infirm.* 2022 Mar;(148):79-88.

Adresse de correspondance :

Mathilde Meriaux : mathilde.meriaux@umons.ac.be

INTRODUCTION

La mise en place des services d'urgences psychiatriques – d'abord aux États-Unis et ensuite en Europe – est progressivement apparue dans la seconde moitié du XX^e siècle. En témoigne la mise en place de multiples dispositifs adaptés et ciblés, comme les services d'écoute téléphonique, les centres d'accueil et de crises, les équipes mobiles de psychiatrie, les urgences psychiatriques, et bien d'autres (1). Sur le plan sociétal, il existe un réel intérêt à désengorger les services d'urgences où les demandes de soins psychiques et psychiatriques sont de plus en plus nombreuses (2,3). Des structures spécifiques et des lieux alternatifs ont alors écloso afin de prendre en charge ces demandes. Les services d'urgences psychiatriques peuvent être soit localisés au sein des urgences générales, ou soit y sont délocalisés. Dans les deux cas, une collaboration existe entre ces unités et les services d'urgences générales. Les services d'urgences psychiatriques sont à la fois un lieu d'entrée dans le soin psychiatrique, mais également un lieu spécifique de soin (4). En effet, la confrontation avec ces situations nous amène à penser que ces moments de crise lors de certaines périodes de la vie seront les seuls où pourront s'envisager une demande de soin et une possibilité de soin ultérieur (5). L'urgence installe un climat de pression qui mobilisera l'entourage, où une possibilité de changement sera au rendez-vous (6).

Très rapidement dans la construction de ces dispositifs de soin, les intervenants en santé mentale se sont intéressés à la manière d'accueillir au mieux les sujets en détresse psychologique, voire psychiatrique. Dans cette perspective, des auteurs soulignent notamment que « tout soignant projeté dans une situation dite d'urgence ne peut y faire face que s'il se met en situation "d'accueillir" » (7, p.455). L'accueil devient donc la clé pour la bonne suite de la prise en charge (8,9) et constituerait la première réponse à la souffrance. Cette fonction est souvent assignée – explicitement – à la prise en charge infirmière, puisque l'entretien dit « d'accueil » est généralement réalisé par les infirmiers eux-mêmes, même s'ils peuvent très bien travailler en binôme avec le médecin psychiatre lors des entretiens afin de permettre une double évaluation à partir de points de vue différents.

Seulement, la réalité actuelle des services d'urgences nous montre une image plutôt négative de leur organisation interne et de ce qui est vécu par les acteurs de terrain : engorgement des salles d'urgences, lieu de recours pour de multiples problématiques éloignées de l'urgence vitale, situations de surmenage voire d'épuisement professionnel, dilemmes moraux, ou encore restriction du nombre de lits hospitaliers (10). Si les services d'urgences sont la porte d'entrée du système de soin, plusieurs cris d'alarme ont été poussés au cours des dernières années quant à leur avenir.

En effet, les recherches sur les urgences psychiatriques et la clinique de crise relèvent l'existence de réalités contextuelles qui viennent fortement influencer le travail clinique de crise au quotidien (politiques de soins, réalités psychosociales, culture de l'immédiateté, crise sanitaire) (11,12). Dans ce contexte, comment les professionnels du soin peuvent-ils se mettre en situation d'accueillir si les réalités contextuelles et organisationnelles auxquelles ils sont quotidiennement confrontés entravent leurs gestes professionnels ? Parada va jusqu'à préciser que « les dispositions institutionnelles, des plus concrètes aux plus subjectives, déterminent ce que sera l'accueil et ce que nous pouvons accueillir » (13, p.31). Dès lors, nous nous demandons si prendre le temps d'accueillir – dans les services d'urgences – n'est pas devenu un objectif de moins en moins atteignable ?

Pour saisir ce qui constitue et ce qu'il y a véritablement au cœur de l'ensemble de ces réalités contextuelles, nous avons souhaité mener une recherche auprès d'intervenants de l'urgence et de la crise.

La recherche dont il est question ici vise à répondre à la question de recherche suivante : quels sont les ingrédients contextuels qui influencent le processus d'accueil au sein des services d'urgences psychiatriques ?

MÉTHODOLOGIE

Parce qu'il s'agissait de rencontrer des professionnels de la santé mentale pour comprendre leurs interventions et leurs représentations du moment de l'accueil, de nommer cette expérience et de lui donner sens dans le contexte des urgences psychiatriques, l'étude requiert une posture épistémologique inductive et une méthodologie qualitative.

Parmi les méthodologies qualitatives existantes, nous avons opté pour la Méthodologie de la Théorisation Enracinée (MTE) (14). D'abord, parce que cette démarche implique un ancrage vers l'expérience subjective telle qu'elle se présente aux participants de la recherche en utilisant leurs propres mots et en mettant de côté, autant que possible, les hypothèses scientifiques et les attentes personnelles du chercheur (15). Ensuite, l'objet d'étude a peu été exploré. Les études sur l'accueil au sein des services d'urgences s'intéressent essentiellement au vécu et à la satisfaction des patients *a posteriori* de leur prise en charge (16-18). Peu de données existent réellement quant aux réalités du travail d'accueil des soignants aux urgences. Enfin, la MTE a été privilégiée, car elle propose une méthode inductive de collecte et d'analyse des données systématique et rigoureuse, et qu'elle vise la construction d'une théorie spécifique au contexte (14).

Quand les réalités contextuelles entravent le processus d'accueil aux urgences psychiatriques

■ Considérations éthiques

Avant de débiter la recherche, nous avons reçu l'accord de la direction des soins des différents services d'urgences psychiatriques ainsi qu'un avis favorable du comité d'éthique de chaque hôpital. La confidentialité a été préservée tout au long du processus de la recherche, et chaque participant a donné son consentement libre et éclairé avant son inclusion dans l'étude, et ce, conformément aux obligations du règlement européen pour la protection des données (RGPD).

■ Collecte des données

Échantillonnage et saturation théorique

Les témoins privilégiés de l'étude ont été choisis en fonction de leur pertinence théorique eu égard au processus de la recherche, et non selon leur représentativité par rapport à la population concernée (19). L'échantillon intentionnel de départ a donc été formé par la sélection de professionnels issus du secteur de la gestion de crise de seconde ligne et exerçant au sein d'unités de crise et d'urgences psychiatriques (médecins, infirmiers, psychologues cliniciens).

La collecte des données s'est effectuée dans trois unités de crise et d'urgences psychiatriques. Deux d'entre elles se situent en Belgique, et la dernière se situe en France. L'organisation structurelle et spatio-temporelle est quelque peu différente dans chacun de ces services. La première

est délocalisée du service des urgences générales, mais tous deux travaillent en étroite collaboration. Le service des urgences psychiatriques est, quant à lui, situé dans le service des urgences générales (unité B). Pour les deux autres terrains d'étude, l'unité de crise est également délocalisée du service des urgences générales mais comprend deux pôles géographiquement contigus : l'unité d'accueil psychiatrique et l'unité de crise. Ces unités ne reçoivent que des demandes de soins psychiatriques et n'interviennent pas dans la prise en charge somatique (unités A et C).

Notre échantillonnage théorique s'est progressivement construit grâce à la rencontre avec 14 témoins privilégiés travaillant dans le secteur de l'urgence psychiatrique et de la crise. Afin de contraster certaines de nos catégories émergentes, nous avons décidé d'interroger trois acteurs de terrain qui n'évoluent pas dans ce domaine (tableau 1). Conformément aux principes de la MTE, ces cas contrastés ont permis de confronter les catégories émergentes et de nourrir le questionnement du chercheur. Chacune des rencontres avec les témoins privilégiés a donné lieu à un entretien dont la durée avoisinait l'heure.

C'est à l'issue de la 16^e entrevue que la saturation théorique a été atteinte, c'est-à-dire que les nouvelles données brutes n'ajoutaient pas de nouveau sens à ce qui était déjà théorisé (14). Afin de vérifier pleinement cet effet de saturation théorique, nous avons décidé de réaliser une 17^e rencontre.

	Abréviation	Catégories professionnelles	Lieu d'exercice	Ancienneté
Salve 1	Int 01	Infirmier psychiatrique	Unité A	15 ans
	Int 02	Infirmière en chef	Unité A	10 ans
Salve 2	Int 03	Médecin interne*	Urgences générales	6 mois
	Int 04	Infirmière	Unité C	3 ans
Salve 3	Int 05	Infirmier	Unité C	5 ans
	Int 06	Infirmier psychiatrique	Unité B	31 ans
Salve 4	Int 07	Infirmière psychiatrique	Unité B	22 ans
	Int 08	Infirmière psychiatrique	Unité B	25 ans
Salve 5	Int 09	Infirmière psychiatrique	Unité A	28 ans
	Int 10	Infirmier	Unité C	2 ans
Salve 6	Int (coi). 11	Coiffeuse*	Salon de coiffure	5 ans
	Int 12	Infirmière psychiatrique	Unité A	4 ans
Salve 7	Int 13	Infirmier psychiatrique	Unité A	25 ans
	Int 14	Psychologue-Psychothérapeute TCC	Unité A	20 ans
Salve 8	Int 15	Infirmier psychiatrique	Unité C	10 ans
	Int 16	Psychologue*	Équipe mobile	4 ans
	Int 17	Psychiatre	Unité C	21 ans

* Cas contrastés

Tableau 1.
Caractéristiques des participants à l'étude.

Entretiens semi-dirigés

C'est par le biais d'entretiens semi-dirigés que le premier auteur de cet article a invité les professionnels à narrer leur vécu du moment de l'accueil. L'entretien se déroulait dans un des bureaux de l'unité de crise et débutait de la même façon, par le rappel du cadre, du caractère anonyme, des objectifs de la recherche et des signatures de consentement.

Les questions étaient ouvertes et laissaient aux participants la possibilité de s'exprimer librement. Le schéma des entretiens agissait à titre de guide et visait principalement à explorer les spécificités de l'accueil sur un plan intersubjectif, institutionnel et sociétal. Nous avons donc exploré, entre autres, les valeurs essentielles aux soignants, les conditions de travail, les ressources mobilisées, ou encore les gestes et attitudes réalisés lors de l'accueil.

C'est une posture naïve qui a été adoptée tout au long de ces entretiens. Cette posture consistait à rester ouvert au phénomène et, par la même, à l'expérience de l'autre.

■ Analyse des données

La méthodologie par théorisation enracinée comporte différentes voies. Pour notre part, nous nous sommes principalement basés sur les écrits de Christophe Lejeune et de François Guillemette (15,20). Pour ces auteurs, l'analyse des données se fait par le biais de trois activités de codage itératif : le codage ouvert, le codage axial et le codage sélectif. Ces activités de codage font émerger la catégorie centrale ainsi que des sous-catégories, leurs propriétés et leurs dimensions respectives. Plus spécifiquement, le codage ouvert indique bien qu'il s'agit de l'ouverture à ce qui est suggéré par les données empiriques. C'est à ce niveau qu'on retrouve les codes *in vivo*, mais aussi les codes conceptuels qui sont au plus près des données de terrain. Le codage axial représente quant à lui l'approfondissement du codage ouvert. Il a pour fonction d'organiser les propriétés théoriques et de les articuler. La dernière étape, le codage sélectif, consiste à sélectionner et intégrer les éléments du construit théorique qui assurent consistance au construit. Le chercheur doit dégager une ou plusieurs catégories centrales rassemblant la plus grande variation du phénomène étudié.

Cette analyse a été conjointement nourrie de retours réflexifs, grâce aux échanges avec notre directrice de thèse (deuxième auteure) et d'un formateur en recherche qualitative, tous deux experts à la théorisation enracinée.

Les traces de ce processus d'analyse sont consignées dans le journal de bord, qui reste la propriété du chercheur.

RÉSULTATS

Accueillir constitue le processus central du modèle présenté (figure 1). L'analyse par MTE a permis d'établir que certains ingrédients encouragent les témoins privilégiés à maintenir

une attitude dite « accueillante » aux urgences, alors que d'autres affaiblissent le processus. Nous entendons par « attitude accueillante » une aptitude qui résulte d'une intention à se déplacer, à se tourner vers l'autre, avec la curiosité de l'explorateur s'engageant sur une terre inconnue, afin d'accueillir l'autre là où il se trouve, de s'ajuster à sa vision du monde et ses représentations pour mieux le comprendre, et ce, au travers d'un mouvement, d'une oscillation entre un rapprochement et une distanciation (21). Cette tentative de définition est issue du même corpus d'interviews que la présente étude.

Dans un souci de clarté et de compréhension, nous avons choisi de retenir les éléments les plus saillants du vécu de nos sujets d'étude et de les illustrer en détail. Pour les sous-catégories qui n'ont pas été approfondies, nous vous invitons, si l'envie vous gagne, à vous référer à une de nos publications centrée sur les temporalités à l'accueil des urgences psychiatriques (22). Celle-ci reprend principalement la sous-catégorie « contexte environnemental ».

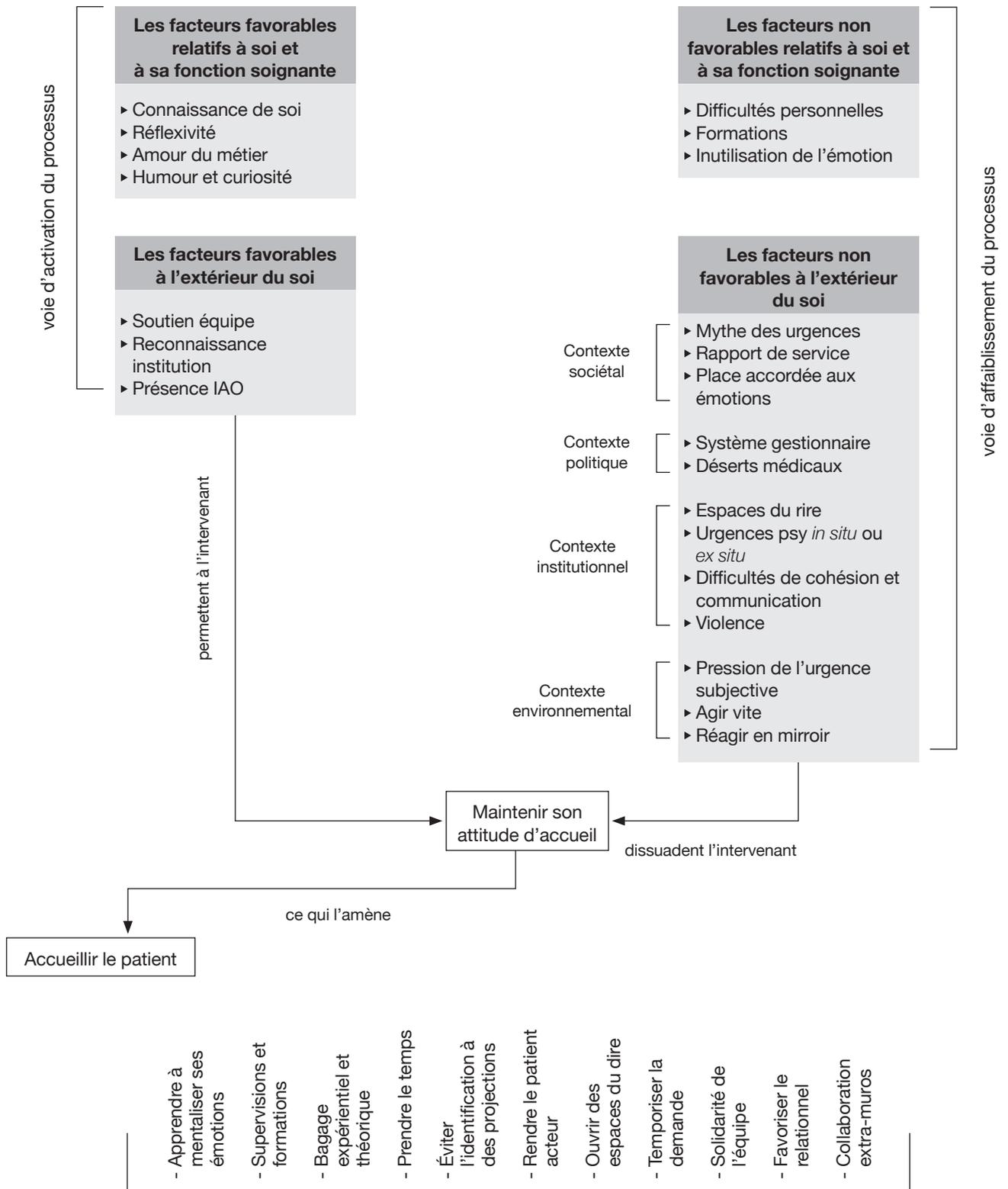
■ Voie d'affaiblissement. Facteurs non favorables relatifs à soi et à sa fonction soignante

Les intervenants ont, eux aussi, parfois des états d'âme et peuvent être parasités par des événements difficiles – deuils, séparations, maladies, etc. – ainsi que par des angoisses, des fragilités, des difficultés. Dès lors, les intervenants luttent pour rester disponibles, autant que faire se peut, et doivent redoubler d'attention et d'efforts pour se focaliser sur le patient et sur ce qu'il se passe dans l'ici et maintenant. Ils affirment se sentir « plus agités, plus pressés, plus irritables et épuisés » (Int 01, 04, 06), et ont alors la sensation de perdre leur qualité de présence dans la rencontre.

Aussi, sans cette ouverture à l'échange et à la réflexivité, les participants éprouvent vite des vibrations émotionnelles qui conduisent à des débordements émotionnels et/ou relationnels pouvant mener à une forme d'épuisement. Il s'agit là d'un facteur important, puisque cet épuisement – fruit de multiples ingrédients allant des contraintes organisationnelles jusqu'à l'exposition répétée à des degrés de souffrance intense – altère le travail au quotidien et, dans le cas qui nous occupe, entrave au processus d'accueil.

Enfin, les participants interrogés ne sont pas tous issus du secteur psychiatrique. En France, les infirmiers bénéficient d'un statut plus « généraliste » faisant fi d'une spécialisation. L'un d'eux évoque le danger du manque de pratique des nouveaux infirmiers : « en plus, avec les nouveaux statuts infirmiers où on est infirmier généraliste, on a beaucoup moins de psychiatrie donc, en théorie, on va avoir que des maladies, des signes cliniques, point barre ; on n'a pas de pratique. La pratique, elle se fait au chevet du patient ou dans un bureau. Donc on a une petite théorie, mais la théorie, elle va nous mettre dedans un moment ou un autre » (Int 15).

Quand les réalités contextuelles entravent le processus d'accueil aux urgences psychiatriques



Voie pour « contrer » la voie d'affaiblissement et alimenter la voie d'activation

Figure 1.
Schématisme relative aux facteurs concourant au processus d'accueil.

Voie d'affaiblissement. Facteurs non favorables à l'extérieur du soi

L'action d'accueillir doit intégrer les singularités liées au patient et les réactions affectives que la relation suscite, mais également établir des compromis entre l'accueil, qui est purement relationnel, et les tâches organisationnelles qu'il faut réaliser dans un temps toujours « chronométré », avec des impératifs à la clé. Nombreux sont les participants qui déplorent les objectifs de rentabilité de l'hôpital – bien souvent incompatibles avec leurs valeurs et idéaux. Ils se trouvent confrontés à des dilemmes moraux et des contradictions entre individualisation, tri des patients, impératifs économiques, soins, temps à accorder et disponibilité. Bien qu'externes à l'individu, ces problématiques lui renvoient une sorte de frustration et de souffrance face à l'image du « bon soignant » qu'il aimerait être : « C'est une grosse difficulté, dans le sens où je sais que je bâcle des dossiers. Forcément, il y a des choses que tu pendras mieux en charge, et d'autres que tu bâcleras, soit parce que tu es sous pression, soit parce qu'il y a beaucoup de monde, soit parce que, voilà, tu n'es pas un robot non plus. Toi, si ça ne va pas ? Il y a un contexte aussi qui fait que, parfois, c'est beaucoup plus dur. Et puis voilà, tu as la pression » (Int 03).

C'est l'empêchement et non l'excès d'engagement qui est manifeste. Si un désengagement relationnel des soignants peut apparaître, ce serait en raison d'une perte de sens dans leur activité clinique, car ce qu'ils font ne correspond pas à ce qu'ils jugent devoir faire. Les décisions institutionnelles de supprimer progressivement les espaces pour se poser, penser ensemble et verbaliser les émotions conduisent, à juste titre, à éprouver beaucoup de frustration chez les soignants. En effet, les participants à l'étude sont en demande d'espaces de réunions d'équipes et de supervisions. Ils déplorent le caractère un peu trop routinier des réunions formelles, où la logique capitaliste et économique a envahi les espaces du dire : traçabilité, transparence, comptage des heures et des chiffres. D'autres regrettent l'aspect parfois trop théorique des supervisions dont ils bénéficient. L'équipe a alors tendance à « esquiver » ces temps. À l'hôpital, deux logiques s'opposent : d'un côté, le désir de rentabilité et, de l'autre, le désir d'humaniser le soin. De plus en plus, le discours managérial s'écarte du discours médical, affaiblissant ainsi les gestes professionnels et, de ce fait, la motivation des intervenants.

Ces constats interrogent ainsi la façon dont les émotions sont cultivées dans le système institutionnel. Les participants sont alors pris dans un « il faut que ça tourne ». Le risque est d'en oublier de penser. C'est ainsi que nous avons repéré, dans leur vécu, des injonctions sociétales auxquelles ils sont souvent confrontés. La société proscrie l'expression de certaines émotions, puis les études apprennent à gérer et contrôler ces mêmes émotions. Sauf qu'une fois sur le terrain, les professionnels sont traversés par un tas d'émotions et peuvent croire qu'ils sont trop sensibles ou ne savent pas les gérer :

« Je pense qu'on a appris à avoir une certaine distance avec les patients. C'est compliqué de s'investir émotionnellement dans chaque rencontre » (Int 03). Face à l'exigence des soins et l'efficacité de l'activité, nos témoins sont progressivement amenés à prendre de la distance par rapport à leurs émotions (activement par les dispositifs de formation, et indirectement pour se protéger), souvent malheureusement considérées comme un frein à une bonne prise en charge et non comme un levier : « parce que trop souvent, et de plus en plus, on essaie de brider les émotions » (Int 13). Afin de se protéger d'un épuisement majeur, il risque peu à peu de désinvestir la relation et mettre à distance le patient, comme nous l'expose ce participant : « Mais il y a une dépersonnalisation qui se passe, probablement là dans nos têtes à nous, là, de soignants, j'ai l'impression » (Int 02). Pourtant, ne pas utiliser ses émotions semble avoir un impact négatif sur le long terme. Les intervenants évoquent une charge émotionnelle lourde à porter, qui impacte vraisemblablement l'accueil des patients suivants : « ça peut être épuisant d'entendre toujours des personnes au téléphone angoissées, mais nous aussi, on a nos problèmes, notre histoire... Parfois, on ne peut pas ne pas être en état, on n'est pas très bien et on n'a pas envie d'entendre toute la misère du monde » (Int 05).

Aussi, le mythe des urgences, dont les intervenants héritent, est pas mal interrogé. Dans l'imaginaire collectif, ces services hospitaliers sont associés à une nécessité d'immédiateté. De plus, plusieurs intervenants soulignent une modification importante dans les demandes des patients, de plus en plus dans cette exigence « du tout, tout de suite » – correspondant par ailleurs à une évolution sociétale de fond. Or, dans la réalité, il y a un réel décalage entre la réponse que l'institution peut apporter – faute de moyens suffisants – et les attentes des patients. Ce décalage peut être source d'incompréhensions, de frustrations et d'agitations. Aussi, les services d'urgences sont associés à l'idée d'une guérison rapide. Les intervenants sont souvent considérés comme les « magiciens avec leur baguette magique » (Int 05). Pour eux, le défi est d'éviter à tout prix l'identification à ces projections afin d'échapper à l'établissement d'une relation complémentaire rigide dans laquelle les intervenants proposeraient sans cesse des solutions, qu'ils jugent efficaces, mais qui ne sont pas celles des patients et qui seraient possiblement vouées à l'échec.

Parallèlement, les intervenants rencontrés remarquent – depuis quelques années – une forme de mutation des urgences vers un « rapport de service », vers des demandes consuméristes. Les remarques faites lors des situations jugées pénibles – « non, mais pour qui il nous prend ? » ; « on n'est pas à sa disposition » – témoignent de leurs refus de voir s'installer ce nouveau rapport clients-hôtes : « beaucoup de gens viennent en étant très revendiquant ou en se pensant comme dans un supermarché, ça arrive » (Int 17). Selon nos témoins, la réalité des services publics n'est pas conscientisée par les patients, qui demandent des services de plus en plus

Quand les réalités contextuelles entravent le processus d'accueil aux urgences psychiatriques

performants : « Ouais. Et ça, c'est quelque chose, hein ! Les gens ne se rendent pas compte que le réseau est saturé et que, ils sont mal, mais que les autres aussi » (Int 07). À travers ces témoignages, nous apercevons un conflit entre « patient objet de soin » et « client consommateur de soins ». Soit il est réduit à être pris en main par des soignants experts de sa souffrance, soit il est considéré comme un client exigeant face à des soignants « prestataires » de soin.

Enfin, les impératifs de gestion semblent s'inscrire au sein des interventions cliniques. Ainsi, par exemple, dans le service des urgences, nous voyons s'installer de nouvelles missions de diagnostics pour les infirmiers, l'élaboration de questionnaires d'évaluation de la qualité de l'accueil, le développement de protocoles à l'accueil, ou encore des formulaires électroniques à remplir.

■ Voie d'activation du processus. Facteurs favorables relatifs à soi et à sa fonction soignante, et facteurs favorables à l'extérieur du soi

Mais comment les participants conservent-ils ce goût de l'accueil de l'autre ? Comment entretiennent-ils la curiosité tant recherchée pour s'engager dans la rencontre ? Ces derniers se montrent massivement attachés à leur profession. Cet amour du métier leur permet de tenir dans les moments difficiles, de s'engager dès la phase d'accueil, et de miser sur les ressources du patient. De plus, les salles d'urgence sont considérées comme des lieux gratifiants, stimulants et enrichissants pour les soignants. Les participants à l'étude se sentent plus aptes à gérer l'imprévu, à contenir l'angoisse, et s'estiment assez armés pour affronter les situations cliniques aiguës rencontrées. L'augmentation de leur bagage expérientiel leur permet de gagner en satisfaction et de développer leur narcissisme professionnel : « L'urgence est une mine d'or de cas cliniques » (Int 05). Mais n'oublions pas que l'institution a aussi un rôle à jouer... Les sujets rencontrés aspirent à une plus grande reconnaissance de la part de l'institution et de la hiérarchie. Cette reconnaissance peut être tant matérielle (prime, salaire, formations) qu'immatérielle (remerciements, valorisation du travail émotionnel, encouragements). Et puis, les rencontres avec les patients sont autant d'occasions gratifiantes, enrichissantes, tant sur les plans personnel que professionnel pour autant que l'on continue à rester ouverts et curieux à la clinique de crise et de l'urgence : « 'fin, c'est vrai qu'on est un peu fier, en tout cas on est content, si on sent que ça s'est bien passé, on est content de ce qu'on a fait. Voilà, c'est pas forcément tous les jours, mais c'est vrai que quand ça arrive, du coup, ça fait plaisir. On se dit : "ben aujourd'hui, j'ai réussi à bien faire mon travail"... Ouais, je suis contente de moi quand ça arrive, je me dis : "au moins, cette dame, j'ai réussi à la prendre en charge, en tout cas elle a été satisfaite de ce que j'ai fait pour elle"... Juste ouais, si ça l'a soulagée, ça me soulage aussi » (Int 04) ; « J'ai une reconnaissance qui est salariale, d'une part,

j'aimerais avoir peut-être plus de reconnaissance de la part de ma hiérarchie. Ça, je pense que le retour qu'on attend le plus, si on en attend un, c'est plus vis-à-vis de notre institution que vis-à-vis des patients » (Int 13).

Il nous semblait aussi important d'exposer les facteurs favorables centrés sur le soi professionnel – interne « comment je fonctionne en tant que soignant ? », et externe « comment l'extérieur façonne mon identité professionnelle ? » Le vécu des témoins privilégiés met l'accent sur l'importance de se regarder, de regarder l'autre agir, et de regarder ce quelque chose qui se crée en coprésence du patient. Cette posture n'est toutefois pas spontanée. C'est avec le temps, l'expérience et la connaissance de soi que les professionnels arrivent à développer et entretenir cette réflexivité : « Donc je pense que le retour qu'on doit faire, c'est qu'on doit utiliser le patient dans ses moments de résonance. C'est : pourquoi j'ai été déstabilisé ? Pourquoi j'ai perdu mon contrôle ? Qu'est-ce que le patient m'a renvoyé ? Et je pense que le retour le plus important en tant que soignant, c'est le retour non dit. Mais c'est le retour dans lequel tu vas devoir chercher quelque chose : tiens, lui, il me fatigue, c'est un passif, il m'énerve. Pourquoi il m'énerve ? » (Int 15)

En d'autres mots, les intervenants acquièrent une aptitude à s'auto-observer en présence du patient. Cette réflexivité implique une constante posture de curiosité. Mais elle peut également être entretenue en dehors des rencontres avec les patients, et semble être renforcée par le travail en équipe et par le biais d'échanges informels, de réunions cliniques, ou encore par le travail en binôme. L'équipe devient alors un véritable tuteur pour faire face au caractère émotionnel fort de certaines situations cliniques. Grâce à la présence des collègues, une mise en mots fréquemment informelle permet la ventilation émotionnelle. Cette équipe est donc souhaitée sécurisante, non jugeante et solidaire.

Prendre le temps est également l'un des éléments clés qui émerge de nos rencontres avec les participants. En prenant le temps, les participants de l'étude décalent l'urgence subjective ressentie par les patients et, de ce fait, l'urgence dans laquelle ils sont parfois phagocytés. Ils retrouvent le plaisir d'être là, à l'affût d'un moindre détail, qui fera peut-être la différence. Néanmoins, les témoins révèlent que ce facteur temps est difficilement conciliable avec le contexte des urgences. L'un d'eux souligne le paradoxe majeur auquel l'équipe est souvent confrontée dans le travail de crise avec des personnes en souffrance psychique : « on nous dit de prendre le temps, mais nous n'avons pas le temps qu'il faut » (Int 01).

Enfin, les participants interrogés exercent dans des services d'urgences psychiatriques qui sont soit localisés au sein des services d'urgences générales, soit délocalisés vers des structures annexes, mais en étroite collaboration avec les urgences générales. Ce détail a son importance puisqu'il

semble influencer le travail clinique à plusieurs niveaux. Les intervenants délocalisés des salles d'urgences générales admettent être plus confortables à l'accueil que leurs collègues des urgences générales. Ils affirment avoir plus de temps pour les entretiens d'accueil. Les intervenants localisés en salles d'urgences déclarent, quant à eux, se sentir parfois surchargés par des demandes multiples, conduisant à une charge de stress plus lourde : « Et pour les intervenants aussi, je pense, il y a moins de, oui, moins d'émoussements, moins de burn-out... que dans les urgences générales » (Int 01). Néanmoins, nos témoins expliquent que la majorité des personnes se présentent d'abord aux urgences générales, car « s'inscrire dans un service d'urgences générales, c'est peut-être plus facile que de venir directement aux urgences psychiatriques » (Int 02). De ce fait, avant d'être réorientés vers les urgences psychiatriques, ces patients ont déjà bénéficié d'un premier accueil. Les intervenants ratent ce premier accrochage avec le patient, comme nous le montre le verbatim suivant : « Il y a d'ailleurs certains patients qui ne se présentent pas ici mais vont d'abord se présenter aux urgences générales. En disant "j'ai des palpitations" ou "je vais moins bien" etc., et puis on le réadresse ici. Alors nous, ce qu'on rate complètement dans ce cadre-là, c'est comment on annonce au patient qu'il va être transféré aux urgences psychiatriques, et qu'est-ce qu'on lui dit ? On n'a pas, nous, cet accrochage-là » (Int 02).

DISCUSSION

Ces résultats mettent en évidence que pour pallier les réalités contextuelles entravant le processus d'accueil – mais également le soin –, une pratique professionnelle réflexive est nécessaire. Dans ce cadre, la réflexivité peut être définie comme la capacité de l'individu à s'observer et à réfléchir sur son fonctionnement (23). Cette compétence s'acquiert et est renforcée par le travail en binôme et les échanges en équipe. Elle est fortement utile pour s'adapter aux patients lors des premières rencontres et ainsi créer les prémises d'un lien. Elle est également nécessaire pour remettre en question ses certitudes, ses théories, désinvestir temporairement ses propres représentations pour s'ouvrir à l'expérience de l'autre, et pourquoi pas se renouveler. Duverger ira jusqu'à dire : « On ne peut pas connaître (ou reconnaître) l'autre sans lâcher quelque chose de soi » (24, p.83). Cette réflexivité, nous l'avons vu, est davantage conscientisée et travaillée après la rencontre que pendant. Cette position plus « méta » pourrait être aussi amenée par un dispositif de co-intervention. Le binôme pourrait favoriser les échanges de vécus entre collègues, offrir à l'un la possibilité d'avoir un espace pour penser, pendant que l'autre intervient plus directement, ou encore, permettre un double regard sur la situation et le patient (25). Nous encourageons ce type d'intervention, qui comporte de nombreux bénéfices mais n'est malheureusement pas toujours appliqué à la suite de l'accueil d'un patient au sein des urgences.

D'autres ingrédients, issus principalement de l'environnement professionnel, social et politique, peuvent souvent avoir pour effet d'atténuer, voire d'éteindre, l'attitude d'accueil. Citons, par exemple, les situations de violence, les difficultés de communication entre professionnels, l'agir vite, la pression de l'urgence et les impératifs institutionnels. Ces différents éléments ne sont que quelques exemples qui peuvent être discutés et compris sous un angle politico-social. En effet, accueillir suppose qu'un contexte propice – sociétal, politique, institutionnel et environnemental – soit encouragé et maintenu dans l'univers professionnel des intervenants de la crise.

Dans ce contexte, il nous semblait également important de revenir sur la place accordée aux émotions à l'accueil des urgences psychiatriques. Souvent amenées par le cadre structurel et politique, ces émotions et ces souffrances sont, la plupart du temps, envisagées comme des causes individuelles et vécues sous le registre de la culpabilité individuelle (26,27). Des sentiments de frustration, d'impuissance et d'insatisfaction accompagnent les moments de l'accueil et viennent se heurter aux valeurs professionnelles. Ce faisant, certains perdent ce qui fait la richesse et l'intérêt de leur métier, la fierté de faire un travail de qualité ; c'est ce que Lorient (28) nomme « la perte d'accomplissement professionnel ». Parallèlement, des conséquences négatives de l'intervention en situation de crise et d'urgence sur la vie professionnelle ont été constatées dans d'autres études (26-31). Parmi elles, nous retrouvons de l'épuisement émotionnel, une déshumanisation de la relation, des sentiments d'échec professionnel, du stress, de la fatigue de compassion ou encore certains symptômes liés au stress post-traumatique secondaire (traumatisme vicariant).

Ces constats nous amènent à nous rapprocher du concept de travail émotionnel (32), proche de celui de régulation émotionnelle, qui consiste à inhiber ou produire des émotions en conformité avec des normes professionnelles. C'est lors de leur formation professionnelle que les intervenants apprennent à accomplir ce travail émotionnel, comme, par exemple, garder son calme et reconforter un patient agressif ou agité. Mais pour de nombreux auteurs, ce travail émotionnel n'est pas pris en compte dans l'évaluation de la charge de travail du soignant, et peu de reconnaissance lui est accordée (29,33,34). Ces travaux laissent entendre que l'énergie nécessaire pour réaliser ce travail émotionnel résulte du décalage vécu entre ce qui est ressenti et ce qui est affiché. Le sentiment d'une inauthenticité et la censure de l'émotion entraînent une dissonance cognitive. Il faut « prendre sur soi », dira-t-on. L'épuisement émotionnel et professionnel peut en être les conséquences (33). Ainsi, les intervenants doivent sans cesse ajuster leur expression émotionnelle pour ne pas mettre à mal la relation en cours. Et nous voyons combien cette action est présente lors de l'accueil. Cette réalité semble s'inscrire dans une culture institutionnelle qui fait du « contrôle des affects », ou encore de la « neutralisation » ou de la « gestion des émotions », un élément essentiel de la

Quand les réalités contextuelles entravent le processus d'accueil aux urgences psychiatriques

profession aux urgences. Les émotions seraient donc en partie perçues comme un problème. N'est-ce pas les traces d'un mythe de la rationalité selon lequel les émotions viendraient troubler le raisonnement et par la même occasion, les actes et les décisions ? (35)

Mais faudrait-il encore s'interroger sur les espaces du dire – espaces où la verbalisation des émotions est encouragée – dans des institutions de soins décrites comme dominées par une idéologie managériale et gestionnaire (27,36). Hendrick (27) montre comment les tâches d'éducation, d'entraînement, de comptage sont encouragées, au détriment des tâches d'écoute et des réunions cliniques. Dans son article, l'auteur dénonce l'activisme thérapeutique dans nos systèmes de soin, qui répond à des attentes de la société et dont l'idéologie gestionnaire n'est que l'instrument. C'est ce que déplorent certains de nos intervenants quand ils évoquent être dans le « rouf rouf » du quotidien jusqu'à en « oublier » de penser.

Cette nouvelle gestion des services de santé semble également affecter les relations avec les patients. Des intervenants témoignent de leur refus de voir s'installer un rapport que l'on peut nommer « serviciel » (37), comme à un client face à son hôte. Ceci hérite du fameux mythe du client-roi, où les soignants devraient être à la disposition des patients. L'identité même du soignant peut en être clairement déstabilisée.

Mais d'autres mythes peuvent peser sur les pratiques à l'accueil. Selon Ferreira (38), le mythe est un ensemble de croyances partagées par chaque membre d'un système qui lui donne son identité. Si nous prenons le cas de l'accueil, nous remarquons des injonctions paradoxales : à la performance, l'amour et le respect, la bienvenue, la neutralité. Ainsi, le mot « bienvenue » annoncé à l'accueil des services ne confronte-t-il pas les acteurs de terrain à l'injonction paradoxale dénoncée par Bateson et Watzlawick (39), source de culpabilité certaine pour les accueillants ? Si tout le monde est « bienvenu », c'est qu'en fait personne ne l'est (40). À cet effet, le fameux tri des urgences présuppose qu'on ne peut pas accueillir tout le monde (faute de moyens, de structures adaptées ou de budget). De plus, une certaine culpabilité peut être ressentie si la neutralité – si chère au moment de l'accueil et dans le domaine des soins – n'est pas respectée.

D'un autre côté, il semblerait que les urgences psychiatriques, bien malgré elles, aient hérité des mythes fondateurs des urgences somatiques : rythmes accélérés, guérison rapide, force du travail en équipe et de la multidisciplinarité, solutions au corps médical, monde de technicité et de rapidité (41). Ces représentations sont particulièrement ancrées dans l'inconscient collectif, et forgent en partie les rapports entre les intervenants et les patients. Et c'est cette idée que s'appliquent à défendre nos participants : la maladie psychique est une question de long terme.

■ Limites

La principale limite de notre étude repose sur l'inexistence de preuves empiriques quant au concept d'accueil. La littérature sur ce thème est principalement de type théorique, basée sur des observations, expériences et connaissances d'auteurs sur le sujet (8). De fait, nous ne pouvons pas nous assurer que les participants partagent une définition commune de ce qu'est l'accueil et de ses limites. Précisons que dans cette étude, nous prenons en compte la subjectivité. Du choix de l'objet de recherche jusqu'à la diffusion des résultats, toute démarche de recherche qualitative est fondée sur la subjectivité (42). Cette subjectivité influence tant le questionnement de départ que le sujet de recherche et le rapport que le chercheur entretient avec son objet d'étude (43). Il a alors été question de travailler à prendre en compte cette subjectivité, de l'accepter et de l'utiliser comme donnée de recherche. À cet effet, le journal de bord nous a été d'une grande aide pour créer un lien entre les données et le chercheur, et favoriser une réflexivité constante.

CONCLUSION

Ces résultats ont apporté un regard holistique en dévoilant les réalités contextuelles qui peuvent faciliter ou entraver le processus d'accueil au sein de services d'urgences. Ils permettent ainsi d'appréhender le phénomène dans sa totalité en y intégrant une dimension temporelle et contextuelle.

Nous comprenons qu'accueillir dépend avant tout d'un contexte propice – sociétal, politique, institutionnel et environnemental – qui soit encouragé et maintenu dans l'univers professionnel et personnel des intervenants de la crise.

Réintroduire le temps de penser et des espaces d'émotions dans un lieu et une société qui, *a priori*, ne trouvent d'issue que dans l'action reste le véritable défi des urgences psychiatriques, mais certes, pas que là.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Robin M, Pochard D, Ampélas J, Kannas S, Bronchard M, Mauriac F. et al. Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. *Thérapie Familiale*. 2001;22(2):153-68.
2. Denis J, Vermeiren E, Deschietere G. Soins médicopsychologiques dans une unité de crise et d'urgences psychiatriques. *Annales françaises de médecine d'urgence*. 2012;2(5):310-6.

3. Schimdt M, Garmy S, Stjernswärd P, Janlöv AC. Encounters with persons who frequently use psychiatric emergency services: healthcare professionals' views. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Feb;17(3):1012.
4. Brousse G, Durand Roger J, Geneste J, Jalenques I. Urgences et crises : éclosions ou résolutions ? *Ann Med Psychol*. 2007 Dec;165(10):729-36.
5. Baldo E, Ivanov S, Ferrière Z, Birembaux C, Eschallier L. Les urgences 20 ans après réflexions sur les urgences, la psychiatrie et la société. *Inf Psychiatr*. 2006 Sep;82(7):571-7.
6. De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. De Boeck; 1997.
7. Chaltiel P, Baillon G. L'accueil psychiatrique : contextualisation de « l'urgence » en perspective de la continuité des soins. *Inf Psychiatr*. 2006 Jun;82(6):455-7.
8. Meriaux M, Peeters M, Delatte B, Hendrick S, Denis J. L'accueil en santé mentale, si on en parlait ! Une revue de littérature. *Psychologie Française*. Article en prépublication, disponible en ligne.
9. Quartier F, Chaltiel P, Karavokyros D, Rey-Bellet P. L'accueil un temps pour soigner. John Libbey, Paris; 2015.
10. Wolff V. Le sens de l'urgence à l'hôpital. *Bioéthique Online*. 2016;5:1-15. doi: 10.7202/1044295a
11. Denis J. Évaluation des processus thérapeutiques à l'œuvre dans la clinique de crise : analyse du vécu des actions thérapeutiques d'intervenants-experts. [Thèse de doctorat en sciences psychologiques et de l'éducation]. Mons: Université de Mons; 2016.
12. Denis J. Interventions en cas de crise. Dans : Denis J, Hendrick S. *Thérapies et interventions brèves : indications et traitement*. Bruxelles: Mardaga; 2022. p. 425-75.
13. Parada C. Accueil, folie et institutions. *VST*. 2015;2(126):30-8.
14. Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
15. Guillemette F. L'approche de la grounded theory, pour innover ? *Recherches Qualitatives*. 2006 ;26(1):32-50.
16. Perruche F, Pourriat JL, Claessens YE. Satisfaction des patients consultant aux urgences. Mise au point. *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*. 2008 Mar;21(1), 14-21.
17. Nairn S, Whotton E, Marshall C, Roberts M, Swann G. The patient experience in emergency departments: a review of the literature. *Accid Emerg Nurse*. 2004 Jul;12(3):159-65.
18. Griffin M, McDevitt J. An evaluation of the quality and patient satisfaction with an advanced nurse practitioner service in the emergency department. *J Nurse Pract*. 2016 Sep;12(8):553-9.
19. Strauss AL, Corbin J. *Basics of qualitative research*, Thousand Oaks (CA): Sage; 1998.
20. Lejeune C. *Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer*. Louvain-la-Neuve: De Boeck; 2014.
21. Meriaux M, Hendrick S, Denis J. Accueil et clinique de crise : conceptualisation d'un processus au cœur des soins en santé mentale. *Thérapie Familiale*. 2021; 42(3) :225-45.
22. Meriaux M, Denis J. Penser les temporalités à l'accueil des urgences psychiatriques : paroles d'intervenants. *Pratiques Psychologiques*. 2021 Dec;27(4): 301-17.
23. Kuenzli-Monard F. Comment inviter la réflexivité en thérapie : la pensée pratique du psychothérapeute. *Thérapie Familiale*. 2006;27(2):181-91.
24. Duverger P. *Rencontres*. *Enfances et Psy*. 2014;(62):74-91.
25. Goldbeter-Merinfeld E. La cothérapie. Introduction. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2017;(58):5-10.
26. Delbrouck M. Comment traiter le burn-out : principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Paris: De Boeck Supérieur; 2011.
27. Hendrick S. Les dérives de l'idéologie gestionnaire dans le champ de la santé mentale. *Thérapie Familiale*. 2018;39(1):79-106.
28. Loriot M. Travail émotionnel et soins infirmiers. *Santé Mentale*. 2013 Apr;(177):60-3.
29. Maltais D, Bolduc V, Gauthier V, Gauthier S. Les retombées de l'intervention en situation de crise, de tragédie ou de sinistre sur la vie professionnelle et personnelle des intervenants sociaux des CSSS du Québec. *Intervention*. 2015;(142):51-64.
30. Laurent A, Chahraoui K, Carli P. Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU : étude portant sur 50 intervenants SAMU. *Ann. Med. Psychol*. 2007 Oct;165(8):570-8.
31. Howard L, Wibberley C, Crowe L, Body R. How events in emergency medicine impact doctors' psychological well-being. *Emerg Med J*. 2018 Oct;35(10):595-9.
32. Hochschild A. « Preface ». In Fineman S (Dir.). *Emotion in Organizations*. London: Sage; 1993. P. 9-13.
33. Truc H, Alderson M, Thompson M. Emotional labour an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008 Oct; 64(2):195-208.
34. Delgado C, Upton D, Ranse K, Furness T, Foster, K. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *Int. J. Nurs. Stud*. 2017 May;70:71-88.
35. Deluermoz Q, Fureix E, Mazurel H, Oualdi M. Écrire l'histoire des émotions : de l'objet à la catégorie d'analyse. *Revue d'histoire du XIXe siècle*. 2013;(47):155-89.
36. Barbier A. Et si les soignants commençaient à parler. *Le sociographe*. 2016;(56):81-90.
37. Jeantet A. À votre service ! La relation de service comme rapport social. *Sociologie du travail*. 2003 Apr;45(2):191-209.
38. Ferreira AJ. Family myths and homeostasis. *Arch Gen Psychiatry*. 1963 Nov; 9:457-63.
39. Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson DD. *Une logique de la communication*. Paris: Points; 2014. (essais).
40. Hessel S. *Indignez-vous ! Bouzigues*: Indigène Éditions; 2011.
41. Olry-Louis I, Bravo M, Vivier M. Influence des séries médicales sur les représentations des conditions de travail des médecins urgentistes chez les adolescents. *L'Orientation scolaire et professionnelle*. 2015;44(1):65-91.
42. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001 Aug; 358(9280):483-88.
43. Van der Maren JM. *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal/De Boeck Université; 1995.