



Institut de formation en Soins infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

La violence et sa répercussion sur la relation soignant-soigné.

BARON Louise
Formation infirmière
Promotion 2017-2020



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'État Infirmier

Travaux de fin d'études :

Le prendre soin du patient en milieu carcéral : une question d'humanité

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'État d'infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 11 mai 2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État constitue un délit

Sommaire :

Introduction :	1
Cheminement vers la question de départ :	3
Chapitre 1 : Cadre conceptuel	5
1. La relation soignant-soigné.....	5
1.1 Définition.....	5
1.2 Les différents types de relations	5
1.3 L'infirmier dans la relation soignant-soigné.....	6
2. Généralités sur la violence	7
2.1 Définition.....	7
2.2 Pourquoi est-elle présente à l'hôpital ?	8
2.3 Ses conséquences	8
2.4 Son cadre législatif	9
3. Les émotions soignantes après un acte de violence.....	10
3.1 Définition.....	10
3.2 Les différentes émotions du soignant.....	11
4. Les mécanismes de défenses et les processus de coping.....	12
4.1 Définition.....	12
4.2 Leurs représentations dans la réalité.....	12
Chapitre 2 : L'entretien semi-directif	14
1. Le dispositif méthodologique	14
2. Le guide d'entretien	15
3. Critique de la méthodologie	16
Chapitre 3 : L'analyse des entretiens	17
1. La relation soignant-soigné :	17
2. Leurs situations de violence déjà rencontrées:.....	18
3. Les émotions du soignant victime de violence :	19
4. Les différentes stratégies pour y faire face :	19
5. Le rôle de l'équipe et de l'établissement :	19
Chapitre 4 : La discussion	21
Conclusion :	29
<i>Bibliographie :</i>	
<i>Annexes :</i>	

Remerciements :

Je souhaite remercier particulièrement Madame Chérel, ma directrice de mémoire, pour m'avoir accompagné tout au long de cette année. Merci pour votre disponibilité, votre écoute et vos conseils.

Je remercie également Monsieur Contamin, mon référent pédagogique, qui a su me guider durant ces trois années.

Je voudrais aussi remercier les deux professionnels de santé, pour leur collaboration et leur temps lors des entretiens, et sans qui ce projet n'aurait pu aboutir.

Je remercie ma famille, d'avoir toujours cru en mon projet professionnel, de m'avoir soutenue et encouragé.

Enfin je souhaite remercier mes amis de promotion pour ces trois belles années de partage. Mais aussi pour leur soutien dans l'aboutissement de ce travail et tout le long de la formation.

« Je m'oppose à la violence parce que lorsqu'elle semble produire du bien, le bien qui en résulte n'est que transitoire, tandis que le mal produit est permanent »

Gandhi

Introduction :

Dans le cadre de la troisième année à l'institut de formation en soins infirmiers, je dois réaliser un mémoire d'initiation à la recherche.

J'ai choisi de réaliser mon travail sur l'impact que la violence hospitalière peut avoir sur la relation que nous avons avec le patient. Je n'ai pas fait ce choix par hasard, au travers mes stages réalisés dans le cadre de mes études en soins Infirmiers, j'ai été confronté à plusieurs reprises à des situations où le patient pouvait se montrer violent dans ses paroles ou dans ses gestes. A travers cet écrit je cherche à comprendre ce que va ressentir le soignant, les émotions qui peuvent prendre place en lui et les réactions qu'il peut avoir. Je m'intéresse aussi à la relation établie avant l'acte de violence entre le patient et le soignant, sous qu'elle forme peut-elle continuer, être modifiée ou bien même arrêtée.

Lorsque nous nous questionnons sur la violence hospitalière, nous voyons que ce phénomène se retrouve dans le quotidien de nombreux soignants, au sein de divers services. C'est un sujet actuel, qui questionne beaucoup, et depuis de nombreuses années. L'évolution sociétale concernant les violences sous toutes ses formes a permis une libération de la parole. La violence hospitalière n'y échappe pas, de plus en plus de faits sont relatés dans les médias, et font le titre de grands journaux.

De plus ce sujet me semble important à étudier au regard des situations similaires qui peuvent apparaître dans ma futur prise de poste. En effet, choisir ce thème pour mon mémoire de fin d'étude va me permettre de les appréhender de manière différente et de développer mes connaissances personnelles sur ce sujet.

Enfin deux situations rencontrées dans des stages différents m'ont permis d'appuyer ce choix. Elles marquent toutes les deux le point de départ de mon mémoire et de mon intérêt pour ce sujet.

Première situation :

- Actuellement en stage dans une unité d'admission fermée en psychiatrie, lors de mon 3ème jour pendant la pause repas en équipe, un patient est rentré de manière agressive dans l'office. Lorsqu'il est entré j'ai senti la porte s'ouvrir violemment contre moi, je me suis retrouvée coincée entre la table et la chaise, dos au patient. En me retournant, un peu paniquée je suis face à Mr K, il est dans l'unité depuis 2 semaines, il est rentré pour tentative de suicide sur décompensation d'un trouble bipolaire. Mr K face à moi, me regarde avec un regard noir et me dit « je veux aller en sortie

cigarette, je veux fumer maintenant, je vais tout casser sinon ». A ce moment, je suis prise d'un sentiment de panique, aucun mot ne sort de ma bouche, j'ai très peur de me prendre un coup. J'essaye de reculer mais je ne peux pas, le patient sert très fort mon bras pour ne pas que je bouge. Je lance des regards à l'équipe car je me sens impuissante. Une infirmière avec qui le patient a de bon contact réussi à le persuader de me lâcher, de se décaler près de la porte et de sortir de l'office. Une fois sorti il tape dans les murs, continu de s'emporter, de nous insulter. Les renforts arrivent à ce moment et l'installent à terre devant moi pour l'emmener en isolement.

Quelques jours, après Mr K sortira de la chambre d'isolement, beaucoup plus apaisé. Cependant moi ma peur restait présente, j'angoissais lorsque je le rencontrais dans les couloirs. Je ne pouvais plus rentrer seule dans sa chambre pour prendre sa tension artérielle ou même lui proposer de faire une activité. C'est à ce moment que je me suis rendu compte que cet acte de violence avait créé une rupture dans la relation de soin avec ce patient.

Deuxième situation :

- Lors d'un stage en pédiatrie, une patiente âgée de 16 ans présente dans l'unité pour déséquilibre de son diabète a eu une altercation avec l'aide-soignante car son plateau repas ne lui plaisait pas. L'aide-soignante ne voyant pas d'issue à la discussion décide de passer le relais. Elle me demande d'aller la patiente pour essayer de trouver une solution. Dès mon arrivée dans la chambre, Mme A jette sa carafe d'eau par terre, et m'insulte à plusieurs reprises puis elle me dit « Dégage, je ne veux pas ta merde (en montrant le plateau) ». Sur le coup je suis choquée des mots employés et de son comportement. Ses insultes m'ont blessée et je ne les comprends pas. Depuis son arrivée, la patiente avait un bon contact avec les soignants, nous avons échangé ensemble sur ses différents centres d'intérêts, et nous avons fait plusieurs activités (jeux, atelier cuisine, couture). J'avais l'impression d'avoir mis en place une relation de soins de qualité, et de l'avoir aidé au mieux à accepter cette hospitalisation. Cette situation m'a décontenancé, frustrée de ne pas comprendre comment nous avons pu en arriver là. Sur le coup j'avais l'impression d'être dépassée par la situation, d'être une mauvaise soignante. Je me demandais vraiment si j'arriverai à reprendre en soin cette patiente comme si rien de c'était passé. Le lendemain, l'aide-soignante en ma présence est revenue sur les faits pour essayer de comprendre, mais la patiente ne voulait pas en parler. Elle ne s'est pas excusée, ni expliquée, cela m'a manqué car peut-être qu'avec des explications, j'aurai compris ses réactions et pu les accepter plus facilement.

Cheminement vers la question de départ :

Au décours de ces situations rencontrées en stage beaucoup d'interrogations sont venues me poser questions :

Questionnements première situation:

- Quel impact psychologique ces violences peuvent elle engendrer chez le soignant ?
- Est-il possible de renouer une relation de soin après avoir ressenti de la peur face à des violences qui nous ont visé directement ?
- A quel moment tes émotions prennent elles le dessus sur tes faits et gestes et modifient de ce fait notre comportement envers autrui ?
- Comment être en capacité de gérer ses émotions dans ce genre de situation ?
- En quoi cet acte de violence, peut-il par la suite entraîner une rupture dans la relation de soin avec le patient?
- En quoi la violence d'un patient envers un soignant peut-il entraîner la stratégie d'évitement vis-à-vis de celui-ci ?
- Si Mr K, n'avait pas souffert d'une pathologie psychiatrique pouvant altérer son comportement, le vécu de cette situation aurait-il été différente ?
- Le soignant se sent il insulté seulement du coté professionnel ou bien personnellement aussi ?

Questionnements deuxième situation :

- Un événement extérieur est-il venu perturber la patiente et justifierait ses réactions?
- Jusqu'où l'infirmière peut-elle accepter la violence verbale d'un patient ?
- Un problème de communication peut-il être la cause de sa violence verbale ?
- Si la patiente était venue s'excuser et me donner des explications le lendemain cela m'aurait -il permis d'oublier cet événement ?
- Est-ce possible de garder une relation soignant soigné de bonne qualité après qu'elle m'ait insultée sans raison apparente ?
- La relation de confiance n'est-elle pas brisée après cet événement ?

Au début il me semblait plus intéressant de me questionner sur l'impact que la violence pouvait avoir sur le soignant, dans sa pratique professionnelle, dans sa vie de tous les jours. Puis cela m'a amené à réfléchir sur l'impact qu'elle engendre sur la relation soignant-soigné, qui je rappelle est le fondement de la prise en charge infirmière.

Je n'ai pas choisi de restreindre mon sujet à un service en particulier, pour étendre mon plan de recherche. Finalement j'ai pu élaborer la problématique suivante : En quoi la relation soignant-soigné peut-elle être impactée par un acte de violence de la part d'un patient ?

Dans un premier temps je ferai une approche conceptuelle du sujet. Je commencerai par expliquer ce qu'est la relation soignant-soigné, avec ses différentes formes, ce qu'elle permet et de quoi elle se compose. Dans un second temps j'aborderai la violence, en commençant par la définir, je la contextualiserai dans le domaine hospitalier, et finirai par parler de son cadre législatif. À la suite je m'intéresserai au vécu du soignant, en s'appuyant sur les émotions qui le submergent. Enfin je t'étudierai les différentes stratégies d'adaptations, et moyens mis en place par le soignant pour faire face à ces situations difficiles.

Chapitre 1 : Cadre conceptuel

1. La relation soignant-soigné

1.1 Définition

En premier lieu il me paraît fondamental de définir ce que représente la relation soignant-soigné. D'après Christine Paillard, docteure en sciences du langage, la relation soignant soigné est « Une activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non-verbale (posture, regard, geste, disponibilité). »(p328,2015) Cette définition met en avant le coté réciproque d'une relation, le soignant et le soigné dépendent l'un de l'autre pour la créer.

Dans son livre Claude Curchod, infirmier, enseignant et consultant, compare cette relation à « la pierre angulaire du soin ». (2018,pXX) . Elle est pour lui le fondement de la prise en charge globale du patient. Pour ce même auteur celle-ci « permet de partager des informations, de se comprendre et d'élaborer un sens commun » (pXX). Elle nous aide à obtenir l'accord et la collaboration précieuse du patient à l'élaboration de ces soins quotidiens.

Selon Alexandre Manoukian, psychologue, clinicien en milieu hospitalier « la relation soignant-soigné c'est la rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires » (2008, p328)

A travers cette définition, nous percevons le côté unique d'une relation soignant-soigné, aucune relation ne peut se comparer. Ce côté unique la complexifie, car chaque patient comme le souligne l'auteur à son histoire, son caractère, et il faudra bien évidemment le prendre en compte pour établir cette relation. L'auteur en conclut « Par conséquent une même parole ou un évènement identique ne seront jamais vécus et intégrés de la même façon par deux personnes » (2008, p57)

1.2 Les différentes types de relations

Au sein même de la relation soignant-soigné, différents types de relations peuvent se rencontrer. En premier lieu il y a la relation de civilité, elle intervient en dehors du soin, elle correspond aux codes socio-culturels. « Dans le cadre d'une relation soignant - patient, la relation de civilité comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repères identitaires. » (Monique Formarier, 2002,p37)

Secondairement, nous retrouvons la relation de soin. Selon Monique Formarier, enseignant à l'institut international supérieur de formation des cadres de santé, et rédactrice de la revue Recherche en soins infirmiers « cette relation est la plus fréquente en milieu hospitalier » (2007,p37). Elle peut se définir comme « Support d'échanges avec le patient ou sa famille, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort. » (2007, p37). Cette relation centrée sur la réalisation d'un soin peut aussi servir à donner de l'information et à en recevoir.

Nous pouvons aussi identifier la relation d'aide, selon Alexandre Manoukian « La relation d'aide en soins infirmiers est un moyen d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur la vie personnelle, familiale, sociale et éventuellement professionnelle.»(2008,p56) Monique Formarier, insiste sur le caractère individuel de cette relation, l'aide dont la personne à besoin est singulière et propre à chaque personnalité. « Chaque personne, en fonction de son seuil de tolérance, aura plus ou moins besoin d'aide psychologique souvent dans un délai court après l'événement. » (2007,p38)

Enfin, il y'a la relation éducative, connue aussi sous la forme d'éducation thérapeutique du patient (ETP). Elle est nécessaire lorsque le patient doit modifier ou apprendre de nouvelles habitudes de vie pour des raisons de santé.

- Elle comprend à la fois une approche psychologique qui repose sur la connaissance de la personne et de son entourage (représentations, affects, ressources, capacités, besoins), une approche cognitive (ce que la personne doit intellectuellement connaître et si besoin mémoriser) et une approche technique (maitrise des gestes techniques, habilité manuelle). (Monique Formarier, 2007,p39)

Toutes ces relations, entremêlées dans le temps et en fonction des besoins du patient participent à la création et au bon fonctionnement de la relation soignant-soigné.

1.3 L'infirmier dans la relation soignant-soigné

Le soin relationnel fait partie du rôle propre infirmier. Selon Alexandre Manoukian « Les relations soignant-soigné, sont mises en place et fonctionnent grâce à certaines valeurs soignantes » (2008, p 59) Nous allons en évoquer certaines d'entre elles :

Tout d'abord nous pouvons évoquer l'attitude empathique du soignant, Carl Rogers cité par Christine Paillard souligne que « Percevoir de manière empathique c'est percevoir le monde

subjectif d'autrui comme si on était cette personne.» (2018, p333) L'empathie est nécessaire pour que le soignant comprenne ce que ressent le patient, et être là pour lui de la meilleure des façons. Selon Marco Vannoti, psychiatre « On définit alors l'empathie comme l'une des voies permettant d'entrer en communication avec l'autre, de partager avec lui son propre vécu tout en rentrant en « sympathie » avec le vécu de l'autre. » (2002, p214)

Dans son ouvrage Alexandre Manoukian aborde le « non jugement » dont le soignant doit faire preuve. Il dit « Le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit» (2008,p58). L'auteur évoque aussi que le soignant doit être disponible pour écouter le patient, plus précisément il doit faire de l'écoute active. « Ce type d'écoute implique un silence intérieur, ce qui exclut un questionnement immédiat, le fait d'émettre ses propres idées, d'interpréter, suivant ses propres valeurs et enfin, de ne pas interrompre le flot de paroles de la personne présente » (Christine Paillard, 2018, p333). Selon Alexandre Manoukian ce type d'écoute montre au patient qu'on est disponible pour l'écouter, cela l'encourage à se confier. Il en conclut « qu'il faut parler ni trop, ni trop peu et le dosage est dicté par les besoins du patient lui-même.» (2008, p145) L'oreille attentive du soignant incite donc le patient à se confier et à aller au fond de sa pensée.

Dans son ouvrage Claude Curchod en conclut que « Vivre ces valeurs implique d'accepter que le patient puisse être tel qu'il est, avec ses qualités et ses défauts, y compris d'être parfois agressif, non compliant ou renfermé. » (2008, pXXII)

2. Généralités sur la violence

2.1 Définition

La violence peut être définie de bien différentes façons, j'ai choisi d'en énoncer deux, une sur la violence en générale et une plus précise sur la violence au travail.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « La violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès. » (s.d).

L'OMS dans ses directives générales sur la violence aux travaux dans le secteur de la santé (2002), définit ce phénomène comme étant un « Incidents où le personnel est maltraité, menacé ou agressé dans le cours de son activité professionnelle, y compris lors des déplacements depuis ou vers son lieu de travail, et incidents qui mettent en danger sa sécurité, son bien-être ou sa santé. »

Nous ne pouvons définir la violence sans la différencier de l'agressivité. Souvent mises en communs ce sont pourtant deux notions bien dissociables. « La violence se situe sur le versant objectif : elle implique le passage à l'acte, l'agression. L'agressivité se situe sur le versant subjectif : elle implique une pulsion, une colère. » (Michel Michel, Jean-Francois Thirion, Christine Sionnet, 2015, p5)

Alexandre Manoukian souligne qu'il y a une prise en compte d'autrui dans l'agressivité, et qu'elle n'est pas obligatoirement destructrice contrairement à la violence. (2005,P232)

2.2 Pourquoi est-elle présente à l'hôpital ?

Dans l'actualité, violence et soin sont deux concepts qui malgré leurs oppositions se côtoient au quotidien. Selon Claude Curchod « Lieu de soins et de valeur humanistes proclamées, l'hôpital se révèle aussi être un lieu de violence profondément taboues. »(2018,p40).

Différentes causes et facteurs peuvent expliquer la présence de la violence en milieu de soin. Dans leur ouvrage Michel Michel, Jean Francois Thirion et Cristhine Sionnet expliquent la violence « par l'interaction de trois séries de facteurs ceux qui relèvent de la pathologie même du malade, ceux qui relèvent de ses défenses face à la situation de maladie et ceux qui relèvent des frustrations qu'il subit au sein de l'hôpital. » (2015,p75)

Bernard E. Gbézo, évoque dans son ouvrage la possible part de responsabilité du soignant, selon lui il peut jouer un rôle dans l'arrivée d'une situation de violence avec un patient, « soit de manière passive à travers des caractéristiques constitutives de sa personnalité ou de son statut, soit de manière active par le biais de son comportement. »(2005,p17) Enfin l'auteur insiste sur l'environnement qui entoure le patient, le milieu hospitalier, lieu de stress et d'angoisse, peut être porteur de violence. « Le cadre de vie, les caractéristiques physiques d'un lieu où le type d'activités qui s'y déroulent peuvent susciter l'émergence et l'installation de comportements violents. » (2005,p18)

2.3 Ses conséquences

L'OMS dans ces directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé (2002) rapporte qu'elle représente une réelle menace dans le monde médical. « Cette généralisation de la violence altère gravement la prestation des services de soins de santé, la qualité des soins dispensés pouvant s'en ressentir et les agents de santé pouvant être amenés à décider d'abandonner les professions de santé. » En effet L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) rapporte dans son rapport de 2019 que les personnels

de santé sont les principales victimes, ils représentent 82% des faits de violences recensés.(Annexe IV).

Selon Claude Curchod les violences hospitalières ont des conséquences négatives sur la prise en charge des patients « Par répercussion, elles portent également atteinte à la qualité des soins dispensés et génèrent ainsi un risque supplémentaire de dégradation des relations.» (2018,p42) Face à ces violences il est important de savoir comment se positionne la justice ainsi que l'établissement.

2.4 Son cadre législatif

Tout d'abord il est crucial de rappeler que « La fonction de la justice n'est pas seulement attachée à la sanction, voire à la réhabilitation de l'agresseur, elle est aussi ou devrait être restauratrice pour la victime » (Michel Michel, Jean-Francois Thirion, Christine Sionnet,2015, p207)

Bernard E. Gbézo dans son ouvrage rappelle l'importance de remplir rigoureusement une fiche d'évènement indésirable, une déclaration d'accident du travail, ainsi que d'informer le plus vite possible la cadre de son service lorsqu'il est victime de violence. (2015,p 140) De plus l'auteur fait un rappel sur la loi, il explique ;

- Les agressions subies par les agents hospitaliers dans le cadre de leurs missions relèvent de l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983, complétée par la loi du 16 décembre 1996, qui établit le principe de la protection de la victime par la collectivité locale. À ce titre, l'établissement intervient pour porter plainte contre les auteurs des agressions subies et désigne si nécessaire, un avocat pour défendre les intérêts de la victime et obtenir la réparation des dommages subis. (2015,p143)

Ces lois rappellent que le cadre du service et la direction de l'hôpital joue donc un rôle très important dans la prise en charge des soignants victimes d'agression et doivent les accompagner dans les différentes démarches.

Dans leur ouvrage Michel Michel, Jean-Francois Thirion et Christine Sionnet soulignent que « Si les violences liées l'hôpital ne sont pas nouvelles, la prise de conscience des institutions date de 2005, date de création de l'Observatoire National des Violences Hospitalières par circulaire du ministre de la Santé.» (2015,p18) Devenu en 2012 l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS), il permet d'établir de rapports chiffrés, de mettre en place des mesures de prévention et de sécurisation ainsi que de faire des déclarations de

violence en ligne. (Ministère de la Santé,2020) Les auteurs évoquent aussi que « L'ONVS participe aussi au protocole « santé-sécurité-justice » signé entre le ministère de la santé, de l'intérieur et de la justice ce qui permet de formaliser les liens entre l'hôpital et les forces de sécurité territorialement compétentes ». (2015,p236)

Ces différents outils mis en place, facilite le signalement et la déclaration d'évènements violents dans le milieu médical. (2015,p25) Cependant les auteurs évoquent tout de même qu'il est rare qu'il y ait des poursuites envers les agresseurs « Le taux de plaintes judiciaires demeure relativement faible (16% déposé dont 82% sans suite) » (2015,p24)

3. Les émotions soignantes après un acte de violence

3.1 Définition

La violence n'est pas sans conséquence pour le soignant, sur le plan émotionnel différentes émotions peuvent se ressentir. En premier lieu il me paraît important de définir ce qu'est une émotion.

Pour F. Ielord et C. André cités par Christine Paillard dans le dictionnaire des notions et des concepts en soins infirmiers « l'émotion est une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementales (nos actions). » (2018,P 154)

Au travers de cette définition nous percevons donc le côté soudain et incontrôlable d'une émotion, ainsi que sa capacité à envahir l'homme dans sa totalité.

Selon Alexandre Manoukian « Les réactions physiologiques sont assez bien répertoriées : accélération du rythme cardiaque, sécheresse de la bouche, sudation, larme, agitation ». (2008,p131)

Cette définition peut être complétée par celle issue du dictionnaire Larousse, qui définit une émotion comme une « Réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement. »(s.d)

Cette dernière souligne le fait que nos émotions nous sont induites, elles dépendent de facteurs extérieurs qui les font naître en nous.

Dans son ouvrage Robert Dantzer, classe les émotions en deux parties distinctes, les émotions dites positives, qui déclenche en l'homme une sensation de plaisir et les émotions dites négatives, qui suscitent une sensation de déplaisir. C'est le contexte de survenue qui les classe dans une des deux parties.

En plus de cette répartition des émotions, il existe ce qu'on appelle « les émotions fondamentales » qui sont la joie, la peur, la colère, la tristesse et le désir. (Catherine Lainé et Etienne Roy, 2004, p24)

3.2 Les différentes émotions du soignant

Dans cette partie nous nous intéresserons aux différentes émotions qui surviennent après un acte de violence. Kleber R et Broom D cité par Bernard E. Gbézo expliquent que les émotions arrivent étape par étape.

- Première étape, la victime est désabusée par la situation, puis la peur l'envahit.
Deuxième étape, les émotions sont plus variées, la personne pouvant exprimer de la colère, de la tristesse et de la culpabilité (elle se reproche de ne pas avoir agi autrement pendant l'événement...)
Troisième étape, les émotions en lien avec la situation se minimisent petit à petit. Les souvenirs et émotions liés au traumatisme interfèrent de moins en moins dans son fonctionnement personnel. (2005, p29)

Le psychologue Alexandre Manoukian, met en avant que les deux émotions principales ressenties par le soignant victime de violence sont la peur et la tristesse. (2008, p137)

Il souligne que cette tristesse peut être parfois liée à une remise en question de ses pratiques professionnelles et donc de son identité professionnelle. En effet « la victime d'une agression, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un soignant, s'interroge sur le rôle, involontaire voire carrément inconscient, qu'elle aurait pu avoir. Il n'est pas rare de se sentir coupable quand on est victime. C'est comme si la victime cherchait une raison valable à l'agressivité et qu'elle n'en trouva les sources qu'en elle-même. » (Alexandre Manoukian, 2008, p137)

Nous voyons donc qu'une situation violente impacte le soignant sur le plan émotionnel, il devra de ce fait trouver des moyens pour l'aider à affronter ce genre de situation et gérer ses émotions. Mécanismes de défenses et processus de coping seront alors ses alliés.

4. Les mécanismes de défenses et les processus de coping

4.1 Définition

Les émotions ne sont pas les seules à entrer en jeu lors d'un acte de violence. En effet le soignant met en place des stratégies pour essayer d'affronter cette situation le mieux possible.

Il existe deux types « d'opérations mentales » appelées mécanismes de défenses et processus de coping. Elles aident l'individu à affronter une succession d'événements de vie, des situations de conflits, de danger interne ou externe. (Henri Chabrol,2005,p32)

Ce sont ces deux mêmes réponses mentales que le soignant met en place à la suite d'un acte de violence.

Le concept de coping « Élaboré par Lazarus et Launier en 1978, désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. »(Isabelle Paulhan, Marc Bourgeois, 1998, p40).

Quant aux mécanismes de défenses ce sont « des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en entonne éventuellement. » (Henri Chabrol,2005,p32)

Ces deux phénomènes si souvent étroitement liés sont pourtant bels et bien différents. Dans leur ouvrage Henri Chabrol et Stacey Callahan mettent en lumière la différence majeure entre les deux. « Les mécanismes de défenses sont inconscients et involontaires. Les processus de coping sont conscients et volontaires, intentionnels. » (2018,p15).

Henri Chabrol en conclut « Défense et coping s'activent habituellement conjointement ou successivement et contribuent ensemble à notre adaptation aux difficultés de la vie quotidienne, comme aux situations difficiles de la vie ou aux traumatismes majeurs. » (2005,p32)

4.2 Leurs représentations dans la réalité

Ces deux réponses inconscientes et conscientes du moi face aux dangers prennent diverses formes dans la réalité du soignant qui est confronté à la violence. Selon Bernard E.Gbézo « quiconque, a différents degrés, qui a vécu un événement traumatisant ou y a été confronté peut-être tenter d'adopter trois types d'attitudes : l'évitement, le déni ou éprouver le besoin d'exprimer son vécu à ses proches et/ou collègue de travail. » (2005,p131) Dans cette partie nous allons nous intéresser à ces trois attitudes.

L'évitement et le besoin d'exprimer ses émotions sont répertoriés comme des processus de coping selon l'étude faite par Lazarus et Folkman en 1984. (Marilou Bruchon-Schweitzer,2001,p71-72)

Ainsi lorsque le soignant est dans l'évitement, il cherchera à fuir ce qui lui rappelle la situation de violence, il évitera le patient dans un but de protection. Cependant il est important de rappeler que cette méthode interfère dans son activité professionnelle, ainsi que dans la poursuite d'une relation de soin avec le patient. Le rôle de l'équipe est alors à ce moment très important pour prendre le relais. (Bernard E.Gbézo,2005,p131)

A la suite d'un événement traumatisant il n'est pas rare que la personne ressente le besoin de se confier sur ce qu'il vient de vivre. Le soignant pourra alors solliciter ses collègues qui ont pu vivre des situations similaires pour y trouver conseils et soutien. Cela s'appelle la verbalisation. « Cette démarche cathartique favorise le relâchement des tensions et permet une action constructive contre d'éventuels blocages émotionnels. »(Bernard E.Gbézo ,2005,p131).

Si nous nous intéressons maintenant à l'application des mécanismes de défense dans la réalité nous voyons qu'ils sont majoritairement présents à la suite de l'événement, pour faire face aux émotions et aux séquelles qu'il peut nous laisser. « La cible ultime des mécanismes de défenses est les émotions. » (Henri Chabrol,2005,p33)

Bernard E.Gbézo évoque le déni comme étant une attitude que le soignant victime de violence pourrait adopter. C'est un mécanisme de défense qui se définit comme étant « une réponse au conflit et au stress en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évident pour les autres. » (Henri Chabrol, Stacey Callahan,2018,p72) Lorsque que le soignant est dans le déni il ne reconnaît pas le mal que la situation lui a fait, qu'il est touché émotionnellement et psychologiquement, il dira alors que tout va bien, que l'événement ne l'a pas atteint. Le déni sert à se protéger d'une réalité bien trop menaçante, ou traumatisante.

Au travers de ce cadre conceptuel, nous avons mis en lumière quatre grands concepts et notions, pour trouver des pistes de recherches au regard de ma problématique initiale. Par la suite nous allons nous intéresser au point de vue des professionnels en activité.

Chapitre 2 : L'entretien semi-directif

1. Le dispositif méthodologique

Pour enrichir les éléments de mon cadre conceptuel je vais réaliser des entretiens avec des soignants sur le terrain. Dans le but de recueillir un complément d'information et de les confronter aux données recueillies lors de mes différentes lectures. Les informations apportées lors de ces entretiens vont alors me permettre d'élargir mes recherches et ainsi étayer ce mémoire.

Au regard de mon sujet et de mes recherches, j'ai décidé de réaliser les entretiens auprès de deux infirmières d'expériences différentes pour ensuite pouvoir en faire ressortir les points communs et divergents. J'ai interrogé, une infirmière qui travaille dans un service d'urgence depuis une dizaine d'années, et une infirmière, qui est en poste sur un pool de remplacement en cardiologie depuis qu'elle est diplômée, environ trois ans.

Mon choix d'avoir choisi deux services différents se justifie par le fait que l'infirmière des urgences qui selon moi est plus exposée à la violence que la seconde infirmière peut avoir un regard différent sur le sujet. De plus la relation soignant-soigné peut elle aussi être différente entre un lieu comme les urgences et un service de soins traditionnels. Enfin j'ai choisi deux personnes avec des durées d'expériences différentes pour deux raisons. Tout d'abord pour avoir un regard sur l'évolution de la violence dans le milieu du soin. Mais aussi pour voir s'il existe une modification comportementale du soignant vis-à-vis des situations violentes en fonction du temps de carrière. Cela me permettra donc de voir si ces facteurs de différences, impactent leur vision des choses.

Pour réaliser ces entretiens, j'utilise un guide d'entretien semi-directif, élaboré à partir du contenu de mon cadre conceptuel et de mon questionnement. Ce dernier me permet d'avoir un fil conducteur tout au long de l'entretien. L'ouverture des questions donne une liberté de réponse tout en ayant un axe de référence pour centrer l'échange.

Afin de nous rencontrer nous avons échangé par e-mails, pour convenir du jour et de l'heure où nous allions nous retrouver. J'ai fait le choix de réaliser les entretiens directement au sein de l'unité où travaillent les soignants, car cela était plus pratique pour eux. Ils se sont tous les deux réalisés dans une pièce calme où nous étions seules à chaque fois. Le temps par entretien était d'environ vingt à vingt-cinq minutes. Pour faciliter leur retranscription j'ai demandé l'autorisation aux infirmières de les enregistrer sur mon téléphone.

2. Le guide d'entretien

Notions / Concepts	Sous thème/ Objectifs attendu	Questions
Parcours de l'IDE		-Pouvez-vous évoquer votre parcours professionnel ?
Relation soignant-soigné // Relation conflictuelle	Obtenir sa propre vision sur la relation, son rôle. La complexité des rapports avec les patients. Voir comme le soignant envisage la relation soignant-soigné après un acte de violence.	-Comment définissez-vous la relation soignant-soigné ? -Trouvez-vous que les relations soignants soignés sont de plus en plus conflictuelles ? -Est-ce que pour vous un événement de violence physique ou verbale marque une rupture dans la relation de soin ?
La violence hospitalière	Recueillir des situations personnelles. Voir comment elles caractérisent les violences.	-Avez-vous déjà eu à faire face à des situations de violences verbales ou physique ? Si oui dans qu'elle contexte ?
Les émotions	La place des émotions dans une situation violente. Les différentes émotions qui peuvent naître.	-A la suite de ces violences qu'elles étaient vos réactions/émotions ? Que ressentez-vous ?
Les mécanismes de défenses/stratégie de coping	Identifier les mécanismes de défenses/stratégies de coping qu'elles mettent en place.	-Que mettez-vous en place face à des comportements violents ?
L'équipe soignante et l'établissement.	Rechercher le rôle que l'équipe, l'établissement peuvent avoir.	-La violence est-elle un sujet tabou dans vos équipes ? Qu'elle est son rôle dans ce genre de situation ? -Place de l'établissement dans ce genre de situations ? -Avez-vous déjà eu la proposition de déposer plainte ?

3. Critique de la méthodologie

J'ai éprouvé une difficulté pour qu'un professionnel travaillant de nuit puisse participer à un entretien, cette difficulté a été renforcée par la crise sanitaire que nous traversons actuellement. Il me paraissait intéressant de voir si leurs horaires de travail auraient pu modifier leur avis sur le sujet.

La variabilité des expériences professionnelles des infirmières interrogées à été pertinente, elle m'a permis de mettre en avant des différences sur le ressenti et les réactions du soignant victime de violence.

Chapitre 3 : L'analyse des entretiens

1. La relation soignant-soigné :

Lorsque les infirmières définissent ce que représentent pour elles la relation soignant-soigné, elles la caractérisent par le « lien » qui se crée avec le patient. Elles s'accordent à dire que certaines attitudes du soignant comme le fait d'être à l'écoute, disponible et rassurant envers le patient sont nécessaires pour entrer en relation avec celui-ci. En revanche l'IDE 1 est seule à aborder le côté nécessaire que cette relation a dans la prise en soin du patient. Elle dit « La relation elle est là pour bien prendre en charge le patient, c'est grâce à elle qu'on peut faire nos soins et tout. » Pour l'IDE 2 les relations peuvent être différentes d'un service à l'autre. En effet elle trouve que dans des services où elle travaille dans l'urgence la relation est plus «intense, "brève" et parfois moins évidente à mettre en place. Elle insiste aussi sur le fait qu'une relation n'est pas figée dans le temps, et qu'elle doit être entretenue. « Je peux même dire que la relation soignant-soigné s'entretient chaque jour, par des échanges, la politesse, le respect du patient et inversement. »

En ce qui concerne une possible augmentation des conflits dans cette relation, les deux infirmières se rejoignent pour dire oui. Elles commencent par l'expliquer toutes les deux avec les exigences des patients qui parfois ne sont pas réalisables et créent des tensions. Puis elles mettent en cause un problème de temporalité, l'IDE 1 met en avant une augmentation de temps d'attente aux urgences qui entraînerait une augmentation du nombre de décharges signées par les patients. L'IDE 2 déclare elle que le manque de temps et de disponibilité du soignant, en raison d'une charge de travail importante, est susceptible de dégrader la relation. Elle évoque aussi qu'en tant que soignant, elle peut avoir sa part de responsabilité dans l'arrivée d'un conflit, elle dit « quand on est surmené on peut aussi être plus sur les nerfs et on va plus vite s'énerver aussi.» De plus elle justifie ces propos en disant que lorsqu'elle était étudiante elle avait plus de temps pour les patients et ainsi moins de conflit. Avoir le temps de discuter avec les patients, lui permettait de désamorcer un problème dès son arrivée, avant qu'il puisse engendrer un désaccord et parfois amener à une situation de violence entre le patient et le soignant. Pour l'IDE 1 l'augmentation des conflits au sein de la relation peut aussi s'expliquer par une hausse de patients étrangers dans les services. En effet la barrière de la langue empêche une bonne compréhension entre le soignant, le patient et sa famille, cela peut donc être source de différends. Enfin il lui paraît important d'aborder l'aspect législatif du refus de soins, elle rappelle que le patient a le droit de donner son avis ou refuser un soin, pour elle il lui est important que le patient reste acteur dans sa prise en charge.

Par la suite les deux IDE évoquent les possibles répercussions que ces conflits sources de violences peuvent avoir sur la relation soignant-soigné, elles n'ont pas forcément le même point de vue sur tous les points.

Pour l'IDE 1 toutes les violences physiques peu importe le contexte, créer une rupture dans la relation soignant-soigné. Elle ne s'occupera plus du patient à la suite, elle met cela en lien avec la peur qu'elle a ressenti « on aura toujours peur que ça recommence ». Elle les différencie aux violences verbales qui pour elle ont moins d'impact sur le soignant, et lui permettent donc de continuer à prendre en soin le patient derrière.

Pour l'IDE 2 peu importe le type violence cela n'entraîne pas forcément une rupture mais un changement dans la relation établie auparavant. Elle explique cela par le fait qu'elle est touchée personnellement dans ce genre de situation « si on se fait taper ou insulter y'a pas que le soignant qui est touché mais l'humain, donc se sera difficile de rien modifier dans la relation et dans notre prise en soin derrière. » Elle ajoute par la suite que parfois elle peut ne pas reprendre le patient en soin si celui-ci lui a fait trop peur. De plus selon elle c'est le contexte de survenue de l'évènement violent qui a son importance. En effet elle sépare les violences émanant des patients souffrant de pathologies psychiatriques des autres. Elle relie l'acte à sa pathologie « ce n'est pas de sa faute ». Pour elle la violence dans un contexte psychiatrique, a donc moins d'impact sur la relation, elle la modifie mais ne la dégrade pas forcément. Contrairement aux violences hors contexte psychiatriques, qu'elle qualifie comme plus destructrices pour la relation soignant-soigné.

2. Leurs situations de violence déjà rencontrées:

Lorsque je demande aux infirmières si elles ont déjà été exposées à des situations violentes, la réponse des deux est unanime, c'est oui. Elles commencent par évoquer à quelles fréquences elles en rencontrent. Ainsi l'IDE 1 travaillant aux urgences est plus exposée à la violence sous toutes ses formes. Elle souligne que les violences verbales, c'est presque tous les jours.

Lorsqu'elles donnent des exemples de situations violentes rencontrées dans leurs carrières respectives, elles caractérisent toutes les deux les violences verbales par des insultes, l'IDE 2 utilise aussi le terme de menace. En ce qui concerne les violences physiques elles s'accordent à les comparer à des gestes comme le fait d'être poussé, ou encore attrapé par le bras.

3. Les émotions du soignant victime de violence :

Vis-à-vis des situations violentes que les deux IDE ont pu rencontrer dans leur carrière, et plus précisément physique, elles s'accordent à dire que l'émotion qui prédomine est la peur. L'IDE 2 évoque aussi la tristesse qu'elle a pu ressentir en voyant comment cela avait dégénéré.

En ce qui concerne leurs ressentis par la suite, elles s'associent pour dire qu'elles étaient « sous le choc ». En revanche l'IDE 1 insiste plus sur les répercussions que l'événement entraîne sur le reste de sa journée, elle se sent plus stressée, angoissée, et fatiguée. Selon elle cela impacte ses prises en charges auprès des autres patients, elle les qualifie comme étant « moins efficace et de moins bonne qualité » Tandis que l'IDE 2 évoque plus son ressenti après l'évènement, qui à ce moment était d'être une mauvaise soignante. Ce sentiment a été majoré selon elle par le fait qu'elle était jeune diplômée.

4. Les différentes stratégies pour y faire face :

Concernant la suite de l'événement, les infirmières mettent toutes les deux des choses en place pour les aider à faire face. Dans leurs situations où le patient avait été violent physiquement, elles disent avoir eu besoin d'en discuter avec leurs collègues, ainsi que d'éviter le patient et donc arrêter sa prise en soin. Elles ont donc toutes les deux fait le choix de passer le relais à leurs collègues. Pour essayer d'affronter cette situation, l'IDE 1 dit avoir relativisé les faits. « Là je relativisais beaucoup en me disant que j'avais eu de la chance, je n'avais pas été blessée, je n'avais pas de séquelles ni rien » Elle finit par conclure que pour elle malgré une formation sur la violence et l'agressivité, ce genre de situation la dépasse toujours.

5. Le rôle de l'équipe et de l'établissement :

Vis-à-vis de la place et du rôle de l'équipe dans ce genre de situation le point de vue des deux infirmières est le même, selon elles l'équipe est là pour nous écouter, le sujet n'est pas tabou entre eux. L'équipe est aussi là pour prendre le relais quand nous y arrivons plus. Elles sont unanimes pour dire que l'équipe a un rôle de soutien dans ces moments.

À propos de la place de l'établissement face à ces violences hospitalières, leurs avis sont différents. L'IDE 1 ne se sent pas soutenue par celui-ci. Elle évoque que leurs demandes ne sont pas prises en compte, pour elle les personnes qui le dirigent ne se rendent pas forcément compte de ce qui se passe vraiment dans les services. Elle craint qu'il y ait besoin d'un

homicide pour que l'établissement s'alerte. En revanche L'IDE 2, pense plutôt que l'établissement essaye de faire des choses, mais que lui aussi est dépassé et n'a peut-être pas les moyens pour. Elle ajoute que pour elle l'État commence à reconnaître les violences hospitalières et le risque qui est encouru par les soignants ,notamment aux urgences avec la prime de risques.

Enfin lorsque je les interroge sur le dépôt de plainte. Toutes les deux ont déjà eu la proposition par leur cadre. Seule l'IDE 1 travaillant aux urgences à déposer plainte une fois après s'être fait insulter. Elle dit ne jamais avoir eu de retour derrière, ce qui pourrait expliquer pour elle que les soignants ne le fassent pas beaucoup. L'IDE 2 dit avoir refusé de porter plainte quand cela lui avait été proposé, au vu du contexte, elle était en début de carrière. « Je voulais me faire toute petite et pas créer d'histoire. » Elle pense tout de même que maintenant elle irait porter plainte.

Chapitre 4 : La discussion

Nous avons pu remarquer dans l'analyse descriptive que les propos des deux professionnelles se rejoignent sur plusieurs points, nous allons maintenant les mettre en lien avec le contenu de mon cadre théorique. L'ensemble de mes expériences en stages me permet aussi d'apporter mon point de vue.

Tout d'abord lorsque les deux infirmières définissent la relation soignant-soigné, elles évoquent qu'elle se crée à deux, que la participation du soignant et du soigné est nécessaire. L'IDE 1 dit « On est tous les deux acteurs dans la relation » En effet pour moi aussi le soignant et le soigné participent tous les deux à cette relation, leurs comportements et leurs attitudes favorisent ou non à sa mise en place. Même si la relation s'impose d'une certaine manière au patient, car dans la majorité des cas il a été contraint de venir à l'hôpital, elle se crée parce qu'il le souhaite lui aussi. En effet par ses mots, et ses gestes, il fait comprendre au soignant si oui ou non il souhaite rentrer en relation avec lui. Parfois certains patients ne souhaitent pas communiquer avec le soignant, ils nous tournent le dos, ne répondent pas, cela nous laisse comprendre que ce n'est pas le moment pour lui, la relation ne peut donc prendre forme. Cette coparticipation se retrouve dans la définition de la relation soignant-soigné de Christine Paillard, qu'elle définit comme étant « Une activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non-verbale entre les deux acteurs de la relation. »(p328,2015) Nous comprenons que la relation est un phénomène où les deux personnes sont dépendantes l'une de l'autre pour son élaboration et son fonctionnement.

Pour les deux IDE la création d'une relation nécessite certains comportements de la part du soignant. Elles mettent toutes les deux en avant que le soignant doit faire preuve d'écoute. Alexandre Manoukian dans son ouvrage rappelle l'importance de l'écoute et plus précisément de l'écoute active, selon lui elle permet de montrer au patient que nous sommes disponibles pour l'écouter et elle favorise son expression (2008, p145). L'IDE 1 aborde l'attitude empathique, de son point de vue il faut en faire preuve pour cerner les besoins du patient et l'inviter à entrer en relation. Nous retrouvons aussi cela dans les propos de Marco Vannotti, pour qui selon lui l'empathie est « une des voies permettant d'entrer en communication avec l'autre ».(2002, p214)

Par la suite l'IDE 2 aborde le caractère évolutif d'une relation, elle souligne que « la relation c'est le lien qu'on arrive à créer avec le patient au fur et mesure que l'hospit passe. » Je ne considère pas non plus la relation comme un élément figée dans le temps, elle évolue à chaque fois que le soignant est en présence du patient. Pour moi aussi elle se crée tout le long de l'hospitalisation, par sa capacité d'évolution permanente, la relation peut donc être accompagné de moment de rupture et de réparation. Le lien entre le soignant et le soigné n'étant pas fixe dans le temps, il doit donc être entretenue au même titre que n'importe quelle relation entre deux personnes. Ainsi les règles de vie comme le respect, la politesse font partie intégrante de la relation, et leur présence est indispensable pour que la celle-ci soit fonctionnelle. En effet d'après Monique Formarier « Dans le cadre d'une relation soignant - patient, la relation de civilité comprend des obligations sociales pour le soignant : gentillesse, courtoisie, politesse, netteté, repères identitaires. » (2002,p37)

Cette relation apparait comme étant essentielle et indispensable lorsqu'on prend soin d'un patient. L'IDE 1 souligne que c'est grâce à cette relation qu'il lui est possible par la suite d'effectuer des soins auprès du patient. « C'est grâce à elle qu'on peut faire nos soins » Qualifié cette relation comme étant indispensable pour prendre en soin un patient me paraît légitime. Pour moi cette relation soignant-soigné est le plus important, et le plus enrichissant dans le métier. Elle me permet d'entrer en communication avec le patient, elle apporte un climat rassurant et intime, parfois nécessaires pour la réalisation d'un soin. Cette relation m'aide aussi à connaître les patients, ce qui peut être bénéfique pour déceler rapidement quand ils ne sentent pas bien physiquement ou moralement. Effectivement Claude Curchod, qualifie la relation comme « la pierre angulaire du soin », cette relation apparaît comme un élément fondamental dans la prise en soin d'un patient. (2018,pXX)

Je suis étonnée que les IDE n'aient pas abordé l'aspect de confiance dans la relation. Je pensais que cette notion, ressortirait lorsqu'elles donneraient leur définition de la relation soignant-soigné. Avec du recul sur l'entretien, il aurait pu être intéressant de faire une question de relance pour leur demander la place que la confiance a dans la relation et comment la confiance que le soignant a envers le patient évolue après un acte de violence. Est-elle toujours présente ? diminue-t-elle ? ou bien disparaît-elle complètement ? Pour moi la confiance est nécessaire dans la prise en soins du patient, et elle se construit par le biais des relations qu'on entretient. C'est pourquoi je me demande si cette confiance vient à être brisée par un acte de violence, ne serait-elle pas un élément qui viendrait complexifier la poursuite d'une relation avec le patient.

Au regard de la relation soignant-soigné, les infirmières évoquent une augmentation des rapports conflictuels avec le patient. Elles mettent tout d'abord en cause les exigences du patient, ainsi que leurs caractères. Cela est abordé par Bernard E. Gbézo dans son ouvrage, pour lui la personnalité du patient peut être mis en cause dans un conflit. « Certains traits de personnalité peuvent favoriser l'émergence d'attitudes agressives ou de comportements violents, à des degrés et sous des formes plus ou moins variables chez une personne » (Bernard E. Gbézo, 2005, p16). En effet chaque patient est avant tout un être humain avec ses histoires de vies et son caractère, comme dans la société certaine personne ont plus tendance à être violentes, agressives, cela est de même à l'hôpital.

L'IDE 2, explique que selon elle le manque de disponibilité du soignant relié à une charge de travail importante impact de façon négative la relation. « Après le vrai problème dans la relation soignant soigné c'est le manque de temps du soignant. » Au travers de mes différents stages il m'est arrivée de ne pas avoir le temps d'écouter un patient car j'avais beaucoup de soins à réaliser par la suite, je devais donc quitter la chambre alors que je voyais que le patient avait encore besoin de se confier. Ainsi j'ai pu remarquer que lorsque j'avais du temps pour les patients, je pouvais leur poser plus de questions sur leur vie, apprendre à les connaître, et cela m'aidait à créer une relation de qualité avec le patient. Avoir le temps pour un patient, permet de répondre aux mieux à ses besoins, mais aussi d'être disponible pour l'écouter, et répondre à ses questionnements. La prise en soin d'un patient n'est pas juste la distribution des médicaments et les soins techniques, l'aspect relationnel a une grande importance pour l'aider à aller mieux physiquement et moralement. De plus l'écoute active et l'attitude empathique citées précédemment comme étant nécessaire pour la mise en place de la relation soignant-soigné, demande que le soignant soit disponible pour communiquer et écouter le patient. Pouvoir consacré du temps au patient est nécessaire à son bien-être, cela est donc pour moi essentiel.

Dans la suite de ces propos l'IDE 2 aborde aussi la part de responsabilité du soignant, elle nous dit « Puis quand on est surmené on peut aussi être plus sur les nerfs et on va plus vite s'énerver aussi quoi. » Bernard E.Gbézo s'interroge sur la possible part de responsabilité du soignant dans l'émergence d'un conflit au sein de la relation. Selon lui le soignant joue un rôle « soit de manière passive à travers des caractéristiques constitutives de sa personnalité ou de son statut, soit de manière active par le biais de son comportement" (2005,p17)

Ces conflits et plus particulièrement lorsqu'ils évoluent en violences peuvent avoir des conséquences plus ou moins importantes sur la relation. Pour les deux infirmières je remarque que les impacts que la situation de violence entraînent sur la relation ne sont pas forcément les mêmes, pour l'IDE 1 toute violence physique marque une rupture ce qui n'est pas forcément le cas pour la deuxième infirmière. Cependant même si l'impact de la violence est différent entre les deux soignantes je remarque qu'il est directement lié à la peur que le soignant aura ressentie, ainsi plus le sentiment de peur est présent chez le soignant plus la relation sera impactée et donc difficile à reconduire. Il est important de souligner que l'IDE 2 fait une distinction bien formelle entre les violences ayant lieu dans un contextes psychiatrique est les autres. Elle dit que le contexte est important, car selon elle les violences dans un contexte psychiatrique se répercutent différemment et de manière moins importante sur la qualité de la relation. Elle relie l'acte à sa pathologie « ce n'est pas de sa faute ». C'est une distinction que je n'ai pas faite dans mon cadre conceptuel car j'ai abordé l'impact de la violence dans sa globalité et pas en fonction d'un contexte précis. Néanmoins si je m'appuie sur mes deux situations d'appels, je retrouve les deux contextes abordés par l'IDE 2, il y'en a une qui a eu lieu dans une unité psychiatrique ou un patient est rentré brusquement dans l'office et m'a attrapé violement et la deuxième en médecine pédiatrique, où la patiente refusait son plateau repas et avait donc jeté sa carafe, et insulter de nombreuses personnes de l'équipe soignante. Je remarque alors que l'impact que ces situations avaient eu sur moi et sur la relation avec le patient, ne dépendait pas de la présence d'une pathologie psychiatrique ou non, il était directement lié à la peur que j'avais ressenti. Plus la situation m'avait bousculé et fait peur, plus la relation était impactée et difficile à renouveler.

Lorsque les infirmières racontent des situations de violences déjà rencontrées elles mettent en avant deux types de violences. Les violences verbales majoritairement caractérisées par des insultes et les violences physiques par des gestes véhéments comme être poussé, attrapé. Je remarque qu'aucune d'elles abordent la notion d'agressivité, je pensais qu'elles allaient me dire qu'elles différenciaient la violence de l'agressivité et que ces deux phénomènes n'avaient pas le même impact sur la relation. Il me paraît important de rappeler la différence entre ces deux termes. « La violence se situe sur le versant objectif : elle implique le passage à l'acte, l'agression. L'agressivité se situe sur le versant subjectif : elle implique une pulsion, une colère. » (Michel Michel, Jean-Francois Thirion, Christine Sionnet, 2015, p5). Pour moi, l'agressivité d'un patient a moins d'impact sur la relation, car c'est souvent « le passage à l'acte », caractéristiques de la violence, qui fait peur au soignant, et qui vient alors empêcher la reprise de la relation.

Les deux infirmières après avoir donné des exemples de ce qu'elles ont déjà subi, se rejoignent à dire que ce genre d'événement fait naître différentes émotions en elles. Au premier plan la peur est évoquée comme étant l'émotion principale. L'IDE 2 évoque aussi la tristesse qu'elle a ressentie. « J'étais triste d'en être arrivée là avec ce patient ». En effet Kleber R et Broom D cité par Bernard E. Gbézo explique qu'une victime passe par différentes étapes, et ressent différentes émotions. « Première étape, la victime est désabusée par la situation, puis la peur l'envahit. Deuxième étape, les émotions sont plus variées, la personne pouvant exprimer de la colère, de la tristesse et de la culpabilité (elle se reproche de ne pas avoir agi autrement pendant l'événement...) »(2005,p29)

Encore une fois si je m'appuie sur mes situations rencontrées en stage, en particulier sur ma première situation d'appel où le patient me tenait fort par le bras, l'émotion que je ressentais le plus était pour moi aussi la peur, peur d'être blessé physiquement surtout. Cette émotion ressentie, ne disparaît pas aussi vite qu'elle est arrivée, trois jours après en revenant sur le lieu de stage, j'étais encore sur la défensive, je regardais constamment derrière moi pour surveiller que le patient ne me suive pas. J'avais peur de le recroiser le patient dans un couloir et de me retrouver seule face à lui, je craignais que si cela se passe, il redevienne violent.

Les auteurs évoquent aussi que le soignant peut ressentir de la culpabilité lorsqu'il est victime de violence de la part d'un patient. Cette notion a effectivement été abordée par l'IDE 2, elle explique qu'en plus de ces émotions, elle a eu l'impression d'être une « mauvaise professionnelle », sentiment renforcé par le fait qu'elle était en début de carrière. La culpabilité ne m'est pas un sentiment inconnu non plus. Au travers de mon statut d'étudiante dans mes stages, j'ai pu remarquer que dans ce genre de situation, il m'arrivait de me mettre rapidement en position de coupable, peut-être dû à un manque de confiance en mes qualités débutantes. Lors de ma situation d'appel n°2, je me souviens avoir ressenti de la culpabilité vis-à-vis de la situation. J'avais l'impression d'être dépassée par la situation, que j'avais échoué à un moment dans sa prise en charge et donc que c'était de ma faute si la patiente n'était pas bien. Alexandre Manoukian, explique ce phénomène dans son livre, « la victime d'une agression, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un soignant, s'interroge sur le rôle, involontaire voire carrément inconscient, qu'elle aurait pu avoir. Il n'est pas rare de se sentir coupable quand on est victime. C'est comme si la victime cherchait une raison valable à l'agressivité et qu'elle n'en trouva les sources qu'en elle-même. » (2008, p 137).

Face à ce bouleversement émotionnel, et ces situations compliqués le soignant à recours à différentes méthodes pour l'aider à avancer.

Lorsque nous nous appuyons sur les situations de violences physiques rencontrées par les deux infirmières, leur première réaction était de fuir la situation, d'éviter le patient. Elles évoquent ensuite avoir eu le besoin d'en discuter avec leurs collègues pour y trouver réponse, et conseils. Ces deux réactions sont répertoriées comme des processus de coping par Lazarus et Folkman en 1984 (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, P71-72). Ils se définissent comme « L'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer celui-ci sur son bien-être physique et psychologique. » (Isabelle Paulhan, Marc Bourgeois, 1998, p40).

Je remarque que j'avais eu la même réaction que les infirmières interrogées. En effet, moi aussi dans ma première situation j'évitais le patient par la suite, il m'était impossible de rentrer dans sa chambre en raison de la peur que je ressentais quand je le voyais. C'est d'ailleurs pour moi cette peur ressentie, qui complexifie la poursuite de la relation, elle nous fait réagir différemment, elle influe sur notre comportement. J'ai compris que si j'évitais le patient, c'était pour me protéger, parce que lorsque j'étais en sa présence je me sentais angoissée. C'est donc bien cette peur qui m'a fait mettre en place des mécanismes de protection. Dans mes deux situations de violences lors de mes stages j'ai également eu besoin d'en discuter avec les collègues, tout d'abord pour comprendre peut-être, mais surtout pour y trouver du soutien et un côté rassurant. Je pense que je cherchais à entendre que ce n'était pas de ma faute, pour essayer de faire diminuer ce sentiment de culpabilité que je ressentais.

Les stratégies de coping ne sont pas les seuls alliés des soignants sur le terrain pour face aux situations violentes, il y a ce que nous appelons les mécanismes de défenses. Henri Chabrol les définit comme étant « des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en entonner éventuellement. » (2005, p32). Au cours de l'entretien l'IDE 1 évoque que parfois on ne se rend pas compte tout de suite que l'événement nous a touché. Elle dit « Donc je suis moi-même bêtement reparti à mon poste et c'est qu'après qu'on se rend compte que ça nous a touché en fait. » Grâce à mes lectures, ses propos me laissent à penser qu'elle pouvait être dans le déni. Référencé comme un mécanisme de défense le déni est « une réponse au conflit et au stress en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective qui seraient évidents pour les autres. » (Henri Chabrol, Stacey Callahan, 2018, p72). L'infirmière ne peut reconnaître le traumatisme laissé par ce qu'il vient de vivre immédiatement il lui faut du temps pour qu'elle réussisse à reconnaître que cette situation l'a bouleversé.

Face à ses différentes attitudes mises en place par le soignant Bernard E. Gbézo souligne qu'elles peuvent interférer dans la réalisation de ses activités professionnelles. Il dit alors que dans ces moments l'équipe doit prendre le relais. (2005, p131) Cette notion d'entraide est mise en avant par les deux IDE, elles qualifient l'équipe comme un soutien. « C'est un soutien moral », « on est là pour se soutenir les uns et les autres, prendre le relais etc.... » De mon statut d'étudiante, au travers de mes deux situations j'ai aussi perçu en l'équipe un soutien, une aide. Leurs conseils étaient riches pour avancer, je pense que l'équipe est une ressource et qu'il faut la solliciter.

Enfin d'après mes différentes lectures l'équipe n'est pas seule à soutenir le soignant victime, il est du devoir de l'établissement de le faire aussi. Bernard E. Gbézo évoque par exemple dans son ouvrage :

- Les agressions subies par les agents hospitaliers dans le cadre de leurs missions relèvent de l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983, complétée par la loi du 16 décembre 1996, qui établit le principe de la protection de la victime par la collectivité locale. À ce titre, l'établissement intervient pour porter plainte contre les auteurs des agressions subies et désigne si nécessaire, un avocat pour défendre les intérêts de la victime et obtenir la réparation des dommages subis. (2005,p143)

Le dépôt de plainte a effectivement déjà été proposé aux infirmières interrogées, mais seule l'IDE 1 l'a fait. Cependant elle évoque tout même que cela reste exceptionnel, car ce serait pour elle sans réel intérêt. Effectivement, Bernard E. Gbézo explique qu'aujourd'hui le recours au dépôt de plaintes est rare « Le taux de plaintes judiciaires demeure relativement faible (16% déposé dont 82% sans suite) » (2015,p24). Je n'ai moi-même jamais porter plainte, cependant pour moi, il est nécessaire de le faire, et de le mettre en avant, car il rappelle que l'hôpital est un lieu public comme tous les autres et que la violence y est proscrite. On ne peut brutaliser un soignant au même titre que quelqu'un qu'on croise dans la rue. La possibilité de recourir au dépôt de plainte permet pour moi d'enlever l'idée que la violence est un risque du métier.

Cette réflexion croisée à travers diverses pensées m'aide à faire avancer ma réflexion sur ma problématique initiale. Lors de l'analyse de ces entretiens de nouvelles notions comme la temporalité dans les soins ont émergé. Cette notion a été abordée de manière différente par les deux infirmières, l'IDE 1 évoque le manque de temps du soignant et l'IDE 2 fait un lien entre le temps d'attente aux urgences et l'augmentation de décharges de sorties signés par les patients. Cette notion apparaît comme étant un facteur de dégradation de la relation soignant-soigné pour les professionnels, et comme une source potentielle de violence. Je me demande en effet, comment la temporalité dans les soins, influence la relation soignant-soigné.

Enfin, plusieurs notions abordées dans mon cadre théorique ont été reprises par les infirmières. L'ensemble de ces recherches a montré qu'un acte de violence laisse une empreinte dans la relation mais ne marque pas forcément une rupture. Cela s'explique par le fait que, toutes les conséquences que la violence aura sur la relation, sont liés à différents facteurs propres au soignant, et particulièrement à la manière dont il vit l'évènement violent. Ces différentes recherches ont mis en évidence que plus le soignant est impacté émotionnellement, plus la relation risque d'être brisé. Ainsi pour continuer ces recherches, il me paraîtrait pertinent de s'intéresser à la place des émotions et plus particulièrement la gestion des émotions après un acte de violence. Ma question de recherche serait , en quoi la gestion des émotions du soignant victime de violence peut-elle influencer la relation soignant-soigné ?

Conclusion :

Ce travail d'initiation à la recherche symbolise l'aboutissement de mes trois ans d'études. Les différentes lectures, recherches, et analyses ont été pour moi d'un grand enrichissement tant au niveau personnel que professionnel. Ce travail m'a permis d'avoir un positionnement réflexif à l'égard d'une situation qui interpelle, et de développer mon sens critique.

Le mémoire est une aventure ou le stress, et l'incertitude nous accompagnent tout le long de la rédaction. Certaines difficultés se joignent à l'écriture, lors de l'analyse des entretiens j'ai eu du mal à rédiger. Malgré cela j'ai pris plaisir à mettre en page ce travail, j'ai particulièrement apprécié rencontrer des professionnels, le partage de leur expérience permet de se projeter en tant que future professionnelle, de se questionner et de se créer sa propre identité professionnelle.

Au travers de mes recherches, j'ai approfondi ma réflexion autour du thème de la violence et de la relation soignant-soigné. J'ai étudié les émotions du soignant victime de violence, les différentes stratégies d'adaptation qu'il est susceptible de mettre en place dans le but d'analyser les impacts que la violence peut avoir sur la relation entre le soignant et le patient.

En effet même si les violences dans le milieu médical sont connues, leurs conséquences posent de nombreuses interrogations. Les soignants côtoyant la violence, reconnaissent que celle-ci les impacts émotionnellement, psychologiquement, et peuvent avoir des répercussions sur le plan relationnel avec le patient. La relation soignant-soigné vient donc à se modifier, elle risque de perdre en qualité, et dans certains cas elle ne peut être reconduite.

Cependant, je constate que chaque violence est à étudier singulièrement car les conséquences qu'elle aura sur la relation sont directement liées au soignant, elles varient en fonction de l'impact que la violence aura eu sur lui et du sens qu'il donnera à cette violence.

Bibliographie :

Ouvrages :

- Curchod, C. (2018). *Prévenir et dénouer les conflits dans les relations soignants-soignés*. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson
- Manoukian, A. & Masseboeuf, A. (2008) *La relation soignant-soigné*. Rueil-Malmaison : Lamarre
- Michel, M. Sionnet, C. & Thirion, J-F. (2015). *La violence à l'hôpital : Prévenir//désamorcer//affronter*. Rueil-Malmaison : Lamarre
- E. Gbezo, B. (2005). *Les soignants face à la violence*. Rueil-Malmaison : Lamarre
- Mercadier, C. (2002). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan
- Dantzer, R. (2002). *Les émotions*. Paris : Presse universitaire de France.
- Roy, E. & Laine, C. (2004). *Du bon usage des émotions au travail*. Paris : ESF
- Chabrol, H. & Callahan, S. (2018). *Mécanismes de défense et coping*. Paris : Dunod
- Paulhan I, et Bourgeois M. (1998). *Stress et coping. Les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : Presses universitaires de France

Articles de Périodiques :

- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustements face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-82
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42
- Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 31-42
- Vannotti, M.(2002). L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cahier critique de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, 29, 213-237

Entrées de dictionnaires :

- Paillard, C. (2015) Relation soignant-soigné. Dans *Dictionnaires des concepts en soins infirmiers* (2è éd. p. 328). Noisy-le Grand : Setes
- Émotion. (s.d). Dans *Dictionnaires Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%c3%a9motion/28829?q=emotion#28701>
- Tristesse. (s.d). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tristesse/79816?q=tristesse#78850>

Textes législatifs :

- Protocole national Santé-Sécurité-Justice. 10 juin 2010. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_accord_amelioration_securite_es_100610.pdf
- Circulaire DHOS du 11 juillet 2005. Repéré à http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_12079.pdf

Pages web :

- Organisation Mondiale de la Santé. (2002). Directives générales sur la violence dans travail dans le secteur de la Santé. Repéré à https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/workplace_violence.fr.pdf?ua=1
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). Rapport annuel ONVS 2019. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2019_donnees_2018.pdf
- Ministères des Solidarités et de la Santé. (2020). La violence en milieu de santé ; un meilleur accompagnement des professionnels et des patients. Repéré à <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/dgos-onvs>

Note de cours :

- Le Bihan, C. (2018). La relation d'aide [Cours]

Annexes :

I : Entretien n°1

II : Entretien n°2

III : Tableaux d'analyse

IV : Graphique de la répartition des victimes d'atteintes aux personnes

Entretien n°1

Louise : Bonjour, merci de faire cet entretien. C'est le premier pour moi ahah. Je vais commencer par vous rappeler mon sujet de mémoire qui est sur la violence et ses répercussions sur la relation soignant soigné. La problématique de mon mémoire du coup c'est en quoi la relation soignant-soigné peut-elle être impactée par un acte de violence de la part d'un patient ?

IDE : Alors déjà tu peux me dire tu ça va être mieux. Ok ça marche, ça me revient, ça fait un moment que la cadre nous les avait donnés, en plus y'en avait plusieurs qui se ressemblait.

Louise : Ça roule. Alors ma première question c'est pour parler un peu de toi, de ton parcours depuis le diplôme.

IDE : Alors ça va faire 10 ans que je suis diplômé. Juste après le diplôme j'ai bossé 6 mois de nuit dans le pool de l'hôpital et en médecine interne. J'ai 50% en médecine interne et 50% dans le pool donc j'allais un peu partout. Après j'ai fait 9 mois de bloc opératoire et après je suis arrivé sur le pool des urgences. J'étais à mi-temps sur le pool et à mi-temps sur les urgences. Puis ça va faire un peu plus de 7 ans que je suis à 100% aux urgences.

Louise : Ok super ça marche, tu as travaillé une grande partie aux urgences du coup. Alors du coup par rapport à mon sujet comment définirais tu la relation soignant soigné ?

IDE : Alors pour moi, la relation soignant-soigné c'est un lien entre l'infirmier et le patient. Dedans y'à les actes que le soignant va pratiquer auprès du patient, soins techniques, du rôle propre, y'a aussi les échanges entre eux. La relation elle est là pour bien prendre en charge le patient, c'est grâce à elle qu'on peut faire nos soins et tout. On la met en place ensemble, on est tous les deux acteurs. Pour ça on doit être à l'écoute, rassurant avec le patient. L'empathie aussi, il faut le comprendre pour bien l'aider. En la relation fait c'est toutes les fois où on interagit avec le patient aussi bien pour l'aider, que lui faire un soin.

Louise : Ok parfait. Je vois ce que tu veux dire. Alors pour continuer sur la relation est-ce que tu trouves que les relations soignants-soignés justement, soient de plus en plus conflictuelles ?

IDE : Alors bonne question, oui on va dire oui, déjà y'à de plus en plus de patients qui sont un peu dans le je sais tout, parce qu'ils se sont renseignés sur internet du coup ils ont déjà fait leur diagnostic. Alors ils demandent de faire tel ou tel examen sans avoir été vu par le médecin donc là ça va aller plus vite au conflit, surtout si les examens qu'ils demandent ne sont pas juger nécessaire. C'est sûr que sur les dernières années y'à de plus en plus de gens à signer des décharges, à nous gueuler dessus mais je pense que c'est surtout lié au temps d'attente aux urgences. Après oui y'à des patients qui refusent des soins, des fois pas à tort d'ailleurs. Pour moi faut que le patient reste acteur quand même et donne son point de vue. Il ne faut pas entrer dans un mode où c'est moi je suis le médecin tu es le patient et donc tu te laisses faire. Moi je trouve que c'est normal qu'ils aient leurs mots à dire.

Puis après y a beaucoup plus d'étrangers en France je trouve donc y'à souvent la barrière de la langue qui est là. Je ne parle pas très bien anglais, mais des fois eux pas du tout, du coup y'à un gros problème de compréhension avec le soignant, le patient, les familles et ça peut se transformer en conflit.

Louise : Ok ça marche pour toi les relations sont donc souvent quand même conflictuelles, et de plus en plus. Alors maintenant est-ce que pour toi un évènement de violence physique ou verbale marque une rupture dans cette relation de soin ?

IDE : Euh.. Oui, fin je pense que dans tous les cas, enfin pour ma part une violence physique marque un point de non-retour dans la relation de soin. On y pensera toujours, on aura toujours peur que ça recommence. En fait en règle générale pour moi quand y'à violence physique, moi clairement je m'occupe plus du patient. Je ne viens pas au boulot pour me faire taper dessus.

Les violences verbales c'est peut-être un peu différent, ça peut avoir moins d'impacts sur nous je trouve. Attention je ne dis pas que de se faire insulter ça ne fait rien loin de là mais tu peux plus facilement retourner voir le patient après je trouve, en tout cas pour ma part.

Louise : D'accord je vois tu sépares bien les violences en fonction de leur type. La violence physique a donc plus d'impacts sur la relation.

Nous allons reparler un peu de toi ; As-tu déjà eu à faire face à des situations de violences verbales ou physiques ? Si oui dans quelle contexte ?

IDE : Alors verbale pour moi c'est très fréquent, presque tous les jours. Et encore je pense qu'on en minimise certaines auxquelles on ne fait même plus attention alors que pourtant c'est bien des violences. Les gens alcoolisés ils ont l'insulte facile on va dire et y'a des gens aussi comme toi et moi qui ne sont juste pas patient qui se pensent seule et qui vont t'insulter de conne parce que tu ne vas pas assez vite.

Louise : D'accord, donc ça fait clairement parti de ton quotidien. Et tu as déjà subi une violence physique ?

IDE : Physique c'est quand même moins fréquent, mais après oui y'a parfois des vraies agressions physiques, heureusement pas tous les jours, mais oui aux urgences y'à quand même beaucoup de violences.

Si je te dois te donner un exemple, alors y'en a une, bon la tentative a échoué mais heureusement d'ailleurs. En gros j'étais en poste à l'IAO, y avait un patient alcoolisé sur un brancard et il n'a pas apprécié qu'on lui dise de rester calme sur son brancard donc il m'a couru après pour m'attraper et me taper dessus. Il m'a poussé je suis tombé, et heureusement lui avec l'alcool qu'il avait dans le sang il n'était pas très stable donc il est tombé par terre et j'ai pu me mettre à l'abris. Mais bon il faisait un bon mètre quatre-vingt-dix pour une centaine de kilos donc j'aurai été vraiment mal s'il m'avait attrapé. Mes collègues m'ont entendu hurler je crois et la tout le monde est arrivé, il me semble qu'il avait été contentionné par la suite.

Louise : Ah oui en effet, tu avais eu de la chance. Du coup en prenant l'exemple de cette situation qu'elles étaient tes émotions/ réactions par la suite ?

IDE : Personnellement moi j'étais sous le choc clairement, mais la cadre de santé et arrivé et a dit à tout le monde de repartir bosser. Donc je suis moi-même bêtement reparti à mon poste et c'est qu'après qu'on se rend compte que ça nous a touché en fait. J'ai eu besoin d'en discuter avec mes collègues mais discussion à la pause pendant le café quoi, pas de vraie réunion débrief. Mais c'est plus après dans mes prises en charge du reste de la journée, on a eu peur donc je sursautais, dès que y avait un patient un peu agité je paniquais, j'avais peur que ça recommence, on n'est pas bien clairement. J'avais la boule au ventre tout le reste de la journée, j'étais en stress. Ce genre de situation ça nous pompe énormément d'énergie, j'avais l'impression d'être vidée, et du coup être moins présente, moins disponibles pour les autres patients. Nos prises en charge de l'après-midi elles sont moins efficace et de moins bonne qualité. Mais on est dans notre poste donc on continue quoi. Après je n'étais pas blessé physiquement, clairement j'aurai pris un coup de poing je serai allé chez moi.

Louise : Ok je vois le reste de ta journée est vraiment perturbée quand il se passe un évènement comme ça. Et au niveau des émotions ?

IDE : C'est la peur clairement. Après les émotions elles varient en fonction du contexte, je me souviens quand j'étais enceinte toutes les émotions étaient décuplées. Heureusement je n'ai jamais eu de situation de ce genre quand j'étais enceinte d'ailleurs.

Louise : Ok d'accord, la principale émotion c'est bien la peur. Tu as dit que tu avais eu besoin d'en parler à tes collègues, est-ce que tu as mis d'autres choses en place au cours de la journée pour faire face à la situation ?

IDE : Alors déjà on essaye de pas se faire plus peur qu'on a eu déjà moi, j'évite de retourner voir le patient, surtout que là après il avait été contentonné donc je n'allais pas aller le narguer. Je prends un peu de temps pour moi et puis bh le plus important là c'est de passer le relai à ses collègues. Je me souviens que ce jour-là je relativisais beaucoup en me disant que j'avais eu de la chance, je n'avais pas été blessé, je n'avais pas de séquelles ni rien. Fin bon toute façon on est quand même sous le choc toute la journée ça c'est sûr.

Pour moi on n'est pas assez préparé à la violence, même si j'ai eu la chance de faire une formation violence/agressivité dans le fond on ne sait jamais vraiment trop quoi faire.

Louise : Ah vous avez fait une formation, c'est bien ça, elle consistait en quoi?

IDE : C'était un petit peu sur la communication, genre pour apaiser les tensions avec des bons mots, mais sinon c'était vraiment plus axé sur des techniques d'auto défense, pour se protéger.

Louise : Ah d'accord, ah oui des techniques pour se protéger des coups ok, ok. On va parler un peu plus de l'équipe maintenant. Pour toi la violence est-elle un sujet tabou dans l'équipe ? Qu'elle est son rôle dans ce genre de situation ?

IDE : Alors oui oui on en parle très souvent entre collègues. Après y'à des périodes où on parle plus que d'autre, par exemple si un collègue est en arrêt à cause de ça, c'est sûr que ça sera le sujet principal. Mais non non ce n'est pas un sujet tabou loin de là.

On est une équipe soudée pour moi, on peut facilement discuter ensemble, on est là pour se soutenir les uns et les autres.

Louise : D'accord, l'équipe à une place importante, qui joue un rôle de soutien. Et pour toi qu'elle est le rôle de l'établissement ?

IDE : Ah la question fâcheuse, bh écoute globalement non. Ça fait pas mal de temps qu'on demande d'avoir des vraies réunions entre nous avec une psychologue pour échanger sur tout ça et on ne l'a jamais donc bon.

Clairement je pense que tout le monde n'est pas au clair avec ce qu'on vit. Pourtant les personnes dans les bureaux voient nos évènements indésirables mais bon je pense ils sont préoccupés par d'autre chose, mais le jour ou y'aura un meurtre à l'IAO la peut-être que des modifications seront faites. Et encore, on arrive même à se poser la question là-dessus.

Louise : D'accord tu te sens un peu abandonné par l'établissement. Et est-ce que on t'a déjà proposé de porter plainte après une violence ?

IDE : Oui oui j'ai déjà porté plainte pour des insultes. En gros j'avais fait un EI la vielle et la cadre l'avait vu et était venu me dire que je devais aller porter plainte. Je n'ai jamais eu de retour d'ailleurs ça fait presque quatre ans, bref. Ce n'est pas quelque chose qui est fait beaucoup, peut-être à tort mais bon si à chaque fois on prend du temps pour le faire et rien avoir derrière merci mais non.

Louise : Ah oui tu n'as jamais eu de retour. En effet ça peut un peu démotiver on va dire. Bon et bien c'est terminé, c'était ma dernière question. Merci beaucoup d'avoir pris du temps pour moi, c'était un super entretien.

IDE : De rien, vos questions étaient intéressantes. Bon courage à toi alors, et peut être à une prochaine.

Annexe II :

Entretien n°2

Louise : Bonjour, merci d'avoir accepté déjà, c'est très gentil. Du coup, mon sujet de mémoire porte sur la violence et ses répercussions sur la relation soignant soigné. La problématique est en quoi la relation soignant-soigné peut-elle être impactée par un acte de violence de la part d'un patient?

IDE : Ok ok, ça marche, merci je ne l'avais plus en tête.

Louise : Du coup ma première question est pour parler un peu de vous, de votre parcours professionnel. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ?

IDE : Je suis diplômée de juillet 2017, j'ai étudié dans un CHU. J'ai obtenu un CDI tout de suite à la sortie de l'école. Je travaille en cardio, je tourne dans plusieurs services : les soins intensifs, l'hospitalisation traditionnelle, la chir, et dans la pneumo aussi. Ça m'a permis d'avoir un parcours assez complet pour un premier poste. Je peux voir les différents parcours patients, les différentes prises en charge. C'est vraiment cool d'aller à droite à gauche, après bon faut aimer c'est sûr.

Louise : D'accord, c'est vrai que c'est complet pour commencer, du coup ça va faire 3 ans que vous travaillez à peu près.

Alors ma 2^{ème} question plus ciblée sur le sujet est comment définissez-vous la relation soignant soigné? Avec des mots simples bien sûr.

IDE : Bh étant donné que je travaille dans différents services je trouve que ce n'est pas la même partout. Par exemple, dans l'urgence la relation est brève... intense, on doit rapidement agir tout en rassurant le patient. On essaye de trouver, de trouver les mots justes pour le calmer et pouvoir assurer la prise en charge, mais on est moins dans l'échange on va dire. Puis fin en plus, nos passages sont assez rapides en chambre dû à la charge de travail, alors faut être très attentif et savoir bien observer...

En hospitalisation traditionnelle, la relation est plus évidente, quoique ça dépend mais bon. On va dire que normalement nous sommes moins dans l'urgence donc on a plus de temps à leur consacrer on va dire. En fait pour moi la relation c'est le lien qu'on arrive à créer avec le patient au fur et mesure que l'hospit passe. Je peux même dire que la relation soignant-soigné s'entretient chaque jour, par des échanges, la politesse, le respect du patient et inversement. Faut être disponible pour le patient, l'écouter et parler avec lui.

Louise : D'accord, vous trouvez donc que les relations sont différentes en fonction du service, ça roule. Et sinon est ce que vous trouvez qu'aujourd'hui les relations soignants-soignés sont de plus en plus conflictuelles ?

IDE : Euh je n'ai pas une longue carrière donc bon, mais j'ai quand même l'impression que oui si je compare à avant quand j'étais étudiante aha. Bon déjà des fois y'a une exigence des patients je trouve, y'en a qui se permettent des choses faut voir... Mais après le vrai problème dans la relation soignant soigné c'est le manque de temps du soignant On n'est pas assez disponible parfois. Puis fin quand on est surmené on peut aussi être plus sur les nerfs et on va plus vite s'énerver aussi quoi. Fin surtout on a plus le temps de discuter avec le patient, c'est grave mais c'est comme ça. C'est peut-être pour ça que quand j'étais étudiante il y avait moins de conflit avec les patients, fin j'avais plus de temps à leur accorder donc quand y'avait un problème j'avais plus le temps d'en parler et d'arranger le truc. Alors que la des fois la, vu qu'on ne gère pas le problème dès le début parce qu'on manque de temps, bh le petit tracé du début se transforme en vrai problème et le conflit arrive.

Louise : Ça marche pour vous le manque de temps accorder au patient peut être une raison des conflits dans la relation. Alors dernière question concernant la relation avec le patient. Est-ce que pour vous un évènement de violence physique ou verbale marque une rupture dans la relation de soin ?

IDE : Je ne dirai pas une rupture parce que c'est un mot fort mais y'a un truc qui change c'est sur parce si on se fait taper ou insulter y'a pas que le soignant qui est touché mais l'humain, donc se sera difficile de rien modifier dans la relation et dans notre prise en soin derrière. Après oui parfois ça arrive qu'on ne reprenne pas le patient en charge, quand on a eu trop peur par exemple.

Après pour moi il ne faut pas tout mélanger, faut séparer la violence dans un contexte psy et les autres. Mais en fait la violence dans un contexte psychiatrique moi je ne le juge pas pareil. Voilà ça sera en lien avec sa pathologie psychiatrique on est complètement démuni mais voilà. Pour le coup là ça ne changera pas totalement la relation je trouve, vu que ce n'est pas de sa faute mais celle de la maladie plutôt. On va dire la relation elle se modifie c'est sûr on sera peut-être plus vigilant à ce qu'on dit ou fait mais on va essayer qu'elle reste de qualité. Et on pourra aussi chercher des solutions avec des traitements, ce qui n'est pas possible pour les autres donc bon. Si je me fais insulter par une personne lambda qui est juste mal luné là c'est sûr que la relation derrière elle est différente et y'a de grandes chances qu'elle soit de mauvaise qualité. En tout cas moi dans ce genre de situation je fais juste le strict minimum

après. Faut être honnête on est soignant mais à un moment on ne peut pas tout accepter non plus.

Louise : D'accord ça marche. Nous allons reparler un peu de vous ; Avez-vous déjà eu à faire face à des situations de violences verbales ou physique ? Si oui dans qu'elle contexte ?

IDE : Oui ça m'est déjà arrivée plusieurs fois dernièrement une patiente atteinte de trouble psychiatrique, elle était schizophrène. Elle avait été admise pour un SCA ST+ et a donc eu une coronarographie. Y'a eu une prise en charge à l'USIC, c'est-à-dire, scopé, repos strict au lit avec une perfusion périphérique. Et en fait c'était très compliqué pour elle, parce que malgré les consignes répétées à plusieurs reprises, la patiente essayait de se lever et ne respectait pas. Elle s'énervait beaucoup, criait et insultait tout le personnel soignant dans le service, on y est tous passé. En fait là la relation, elle a été compliquée dans le sens, où à chaque contact avec elle, la situation tournait au conflit et elle était violente verbalement. J'ai essayé différentes manières de m'adresser à elle, mais également essayer de poser un cadre avec des règles mais rien ne faisait. La situation est très déroutante et la patiente était de plus en plus menaçante dans ses paroles : je vais te tuer. Fin voilà quoi.

Louise : d'accord je visualise bien la situation, Vous avez déjà eu d'autres situation où il n'y avait pas de contexte psychiatrique ?

IDE : Oui oui, une fois en tout début de carrière en plus, elle m'a marqué celle-là, parce que c'était violent. J'étais en médecine cardio, un patient voulait signer sa décharge de sortie, le ton montait avec l'ide qui était de coupe donc l'interne est passé lui expliquer les risques puis il m'a dit de retourner le voir dans une dizaine de minutes pour essayer de discuter. Quand je suis rentrée dans la chambre le patient était toujours très énervé, il me parlait super mal, donc je lui ai dit que je repasserai plus tard et là il m'a attrapé par le bras, m'a poussée contre le mur et ma jetée sa feuille de décharge à la figure. Tout cela en m'insultant de tous les noms bien sûr. Tout s'était passé super vite, je n'avais rien vu venir.

Louise : Ah oui en effet c'était violent en plus en tout début de carrière ça doit marquer une situation pareille. Alors du coup en s'appuyant sur cette situation, qu'elles ont été vos réactions/ émotions après ? Que ressentiez-vous ?

IDE : Bh déjà j'étais vraiment en état de choc, j'avais eu tellement peur sur le coup. Je me souviens avoir beaucoup pleuré par la suite. C'était les nerfs qui lâchaient je pense aussi mais bon. Puis bh j'étais triste d'en être arrivé là avec ce patient La relation était compliquée depuis

le début parce qu'il supportait mal son hospitalisation, mais je ne pensais pas que ça allait aller aussi loin. J'avais l'impression d'être dépassée par la situation, d'avoir loupé un truc, d'être une mauvaise professionnelle en gros. Surtout que comme je l'ai dit j'étais en début de carrière donc bon ça aide.

Louise : Ok c'était un mélange d'émotions en fait. Oui j'avoue le côté jeune diplômé peut un peu accentuer le truc. Alors prochaine question, Que mettez-vous en place face à des comportements violents ?

IDE : Bh du coup dans cette situation j'ai clairement pris la fuite, je voulais pas du tout revoir le patient après j'avais eu trop peur. J'en ai en parler avec mes collègues IDE, AS et l'interne aussi je me souviens, pour savoir si c'était contre moi ou si n'importe qui était rentrer ça aurait été pareil. Après bh ouais j'ai préféré laisser la prise en charge à une de mes collègues. Je me suis dit qu'elle était être plus à même de répondre aux besoins du patient on va dire. Moi je ne pouvais plus.

Louise : D'accord donc pour vous là c'est important de savoir passer le relais quoi. Quand on y arrive plus faut savoir dire stop quoi. Nous allons plus parler de l'équipe maintenant, est que vous trouvez que la violence est un sujet tabou dans vos équipes ?

IDE : Dans les différents secteurs où je travaille, la violence n'est pas présente au quotidien, comme ça l'est aux urgences par exemple. Mais on va dire que quand un événement se passe, oui l'équipe est là on en parle ensemble.

Louise : Ça roule, et quel est son rôle dans ce genre de situation ?

IDE : L'équipe c'est un soutien moral, un soutien dans le travail puisque on peut se partager les patients, fin transmettre un patient à un collègue quand avec lui ça devient tendu. En plus moi j'ai pleins d'équipe vu que je bouge partout ahah. Mais à chaque fois que j'ai eu besoin elle était là oui.

Louise : Oui donc dans la globalité si vous avez besoin d'en parler vous savez que vous pouvez en parler à vos collègues et que vous pouvez y trouver du soutien. Si on s'intéresse plus à la place de l'établissement lors de ces situations, on vous a déjà proposé de porter plainte ?

IDE : Alors euh oui ..., on me la proposé une fois, c'était celle ou le patient voulait signer sa décharge. Mais je ne l'ai pas fait. Je ne sais pas trop pourquoi, mais comme je l'ai dit j'étais en début de carrière, je voulais me faire toute petite et pas créer des histoires...on va dire. Avec du recul je pense que maintenant j'irai, parce que quelqu'un qui tape un soignant pourra être violent aussi dans la rue fin taper n'importe qui mais bon.

Louise : D'accord ok. Oui oui c'est vrai, je vois. C'est le contexte qui a fait que vous n'aviez pas porté plainte. Et au niveau de l'établissement vous trouvez qu'il est un soutien dans ce genre de situation ?

IDE : Euh l'établissement dans tout ça, je pense ils essayent de faire des trucs mais ils n'ont pas forcément tous les moyens pour. Après y'à un début de reconnaissance de l'État pour les services comme les urgences avec la prime de risque. Ça ne fait pas tout mais c'est un bon début on va dire.

Louise : Ah oui en tout à fait la prime de risque. D'accord ok ça marche, tu as quand même l'impression qu'ils sont au fait sur la situation.

Voilà, c'est terminé j'ai plus de questions. Merci Beaucoup en tout cas d'avoir accepté, c'était super intéressant.

IDE : Ça marche, de rien Louise c'était avec plaisir. Bon courage à toi alors.

Annexe III :

Tableaux d'analyses des entretiens :

Définition de la relation soignant-soigné :

Thème	Sous thèmes	IDE 1	IDE 2
Relation soignant soigné	<p>Objectifs : obtenir une définition de ce qui est pour elles la relation soignant-soigné</p> <p>Leurs représentations,</p> <p>Son rôle,</p> <p>Les attitudes nécessaires.</p>	<p>-C'est un lien entre l'infirmier et le patient.</p> <p>-Dedans il y a les actes que fait le soignant auprès du patient.</p> <p>-Les échanges entre eux.</p> <p>-La relation elle est là pour bien prendre en charge le patient.</p> <p>-C'est grâce à elle qu'on peut faire nos soins.</p> <p>-On la met en place ensemble, on est tous les deux acteurs.</p> <p>-Le soignant doit être à l'écoute, rassurant avec le patient.</p> <p>-L'empathie aussi, il faut le comprendre pour bien l'aider.</p> <p>-Elle comprend toutes les fois où on interagit avec le patient.</p>	<p>- Ce n'est pas la même dans tous les services.</p> <p>-Dans l'urgence la relation est brève, intense, moins d'échanges.</p> <p>-En hospitalisation traditionnelle, relation plus évidente, normalement moins dans l'urgence donc plus de temps à consacrer au patient.</p> <p>- C'est le lien qu'on arrive à créer avec le patient au fur et mesure que l'hospit passe.</p> <p>-La relation s'entretient chaque jour, par des échanges de politesse, respect.</p> <p>-Faut être disponible pour le patient, l'écouter, parler avec lui.</p>

Une relation de plus en plus conflictuelle :

	Lié au patient	Lié au temps
IDE 1	<p><u>Exigences :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Plus en plus de patient qui sont dans le je sais tout, parce qu'ils se sont renseignés sur internet -Demande de faire tel ou tel examens <p><u>Communication :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus d'étrangers en France je trouve donc y'à souvent la barrière de la langue -Problème de compréhension ave le soignant/patient/famille 	<ul style="list-style-type: none"> - De plus en plus de gens à signer des décharges, à nous gueuler dessus mais je pense que c'est lié au temps d'attente aux urgences
IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> -Une exigence des patients je trouve, y'en a qui se permettent des choses faut voir 	<ul style="list-style-type: none"> - Mais après le vrai problème dans la relation soignant soigné c'est le manque de temps du soignant. -On à plus le temps de discuter avec les patients -On n'est pas assez disponible - Quand j'étais étudiante il y avait moins de conflit avec les patients, fin j'avais plus de temps à leur accorder donc quand y'avait un problème j'avais plus le temps d'en parler - Vu qu'on ne gère pas le problème dès le début parce qu'on manque de temps, bh le petit tracas du début se transforme en vrai problème et le conflit arrive.

Un acte de violence physique/ verbale marque-t-il une rupture dans la relation de soin :

	Violence physique	Violence verbale
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> - Dans tous les cas une violence physique ça marque un point de non-retour. -Toujours peur que ça recommence. -Je m'occupe plus du patient après. 	<ul style="list-style-type: none"> -Les violences verbales c'est différent -ça peut avoir moins d'impact sur nous et donc sur la relation. -Tu peux plus facilement retourner voir le patient après.
IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> -Pas forcément une rupture mais y'a un truc qui change -Quand on se fait taper ou insulter y'a pas que le soignant qui est touché mais l'humain, donc se sera difficile de rien modifier dans la relation. -Après oui parfois ça arrive qu'on ne reprenne pas le patient en charge quand on a eu trop peur. 	

IDE	Contexte psychiatrique	Sans contexte particulier
IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> -Faut pas tout mélanger, faut séparer la violence dans un contexte psy et les autres -La violence dans un contexte psychiatrique moi je ne le juge pas pareil -ça sera en lien avec sa pathologie, ce n'est pas de sa faute, mais celle de la maladie -On est complètement démuni -ça ne changera pas totalement la relation -La relation elle se modifie c'est sûr mais on va essayer qu'elle reste de qualité. 	<ul style="list-style-type: none"> -La relation derrière elle est différente -De grande chance d'être de mauvaise qualité. - En tout cas moi je fais juste le strict minimum après.

Leurs exemples de violences déjà vécu personnellement :

	Violence verbale		Violence physique	
	Fréquence	Formes	Fréquence	Formes
IDE 1	-Très fréquent -Presque tous les jours -Et encore on doit minimiser	-Insultes	-Moins fréquent -Pas tous les jours -Aux urgences y a beaucoup de violences	-Patient alcoolisé -Gestes : il m'a poussé pour me faire tomber -Courir après pour m'attraper et me taper dessus
IDE 2	- Plusieurs fois	-Énervement important -Insultes -Menace : je vais te tuer	-Une fois	-Gestes : Attraper le bras, pousser contre le mur, jeter une feuille à la figure

Leurs émotions/ réactions à la suite de l'évènement violent:

	Émotions	Réactions	Ressentis du soignant
IDE 1	-On à eu peur -J'avais peur que ça recommence -Peuvent se modifier en fonction du contexte : décuplé quand on est enceinte	-Sous le choc -Je suis reparti à mon poste et c'est qu'après qu'on se rend compte que ça nous a touché. -Les prises en charge à la suite : je sursautais, je paniquais	-On n'est pas bien, la boule au ventre le reste de la journée, j'étais en stress -ça nous pompe énormément d'énergie, impression d'être vidée. -Moins présente pour les autres patients -Prise en charge de l'après-midi moins efficace, de moins bonne qualités

IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> -J'avais eu tellement peur -J'étais triste d'en être arrivé là avec le patient 	<ul style="list-style-type: none"> -État de choc -J'ai beaucoup pleuré -Les nerfs qui lâchent 	<ul style="list-style-type: none"> - L'impression d'être dépassée par la situation, d'avoir loupé un truc -Impression d'être une mauvaise professionnelle en début carrière
----------	---	--	---

Les différentes actions mises en place par les soignants :

	Actions mises en place après	Ressenti du soignant
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> -Déjà on essaye de pas se faire plus peur -J'évite de retourner voir le patient -Le plus important c'est de passer le relais à ses collègues -Je prends du temps pour moi -Je relativise beaucoup 	<ul style="list-style-type: none"> -Pas assez préparé à la violence -On ne sait jamais trop quoi faire -Je suis reparti à mon poste et c'est qu'après qu'on se rend compte que ça nous a touché.
IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> -J'ai pris la fuite, je ne voulais pas du tout revoir le patient -J'en ai parler avec mes collègues -J'ai préféré laisse la prise en charge à une de mes collègues. 	<ul style="list-style-type: none"> - Collègues peuvent être plus à même de répondre aux besoins d'un patient

Le rôle de l'équipe, de l'établissement lors de ces situations :

	Rôle de l'équipe	Rôle de l'établissement
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> -On en parle souvent entre collègue -On est une équipe soudée -Ce n'est pas un sujet tabou loin de la -facilement en discuter ensemble -On est là pour se soutenir les uns et les autres -Pour prendre le relais 	<ul style="list-style-type: none"> -Pas vraiment un soutien -Pas de prise en compte de nos demandes -Toute le monde n'est pas au clair avec ce qu'on vit -Ils sont préoccupés par autre chose
IDE 2	<ul style="list-style-type: none"> -L'équipe c'est un soutien moral, un soutien dans le travail -On peut transmettre un patient a un collègue quand avec lui ça devient tendu - A chaque fois que j'ai eu besoin elle était la 	<ul style="list-style-type: none"> -Ils essayent de faire des trucs mais pas forcément tous les moyens pour. -Début de reconnaissance de par l'État -Mise en place prime de risque pour les urgences -c'est un bon début.

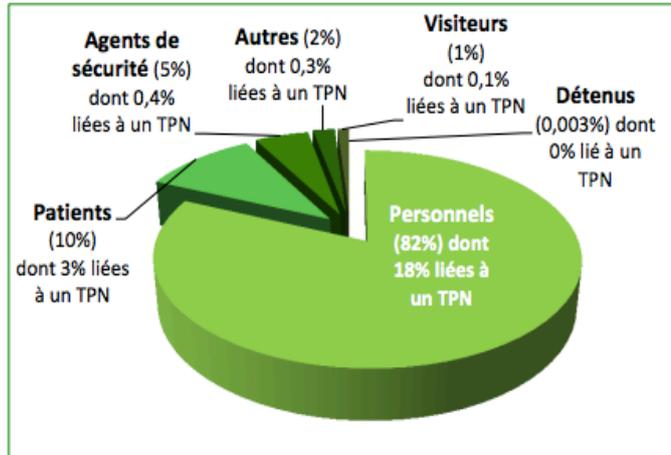
Le dépôt de plainte :

	Déposer une plainte	Explication/ avis du soignant
IDE 1	<ul style="list-style-type: none"> -Déjà porter plainte pour des insultes -C'est la cadre qui est venu me dire de porter plainte 	<ul style="list-style-type: none"> - Je n'ai jamais eu de retour ça fait quatre ans - Ce n'est pas quelque chose qui est fait beaucoup, peut-être à tort mais bon si à chaque fois on prend du temps pour le faire et rien avoir derrière merci mais non.

IDE 2	-Proposé une fois -Je ne l'ai pas fait	-J'étais en début de carrière je me faire toute petite et pas créer d'histoire -Avec du recul je pense que maintenant j'irai
-------	---	---

Annexe IV :

Graphique 15. Répartition des victimes d'atteintes aux personnes



Personnels	27 289
Patients	3 462
Agents de sécurité	1 650
Autres	665
Visiteurs	354
Détenus	1
TOTAL	33 431

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

Abstract :

NOM : Baron

PRENOM : Louise

TITRE : La violence et ses répercussions sur la relation soignant-soigné.

Patient violence is a phenomenon encountered by many caregivers during their careers, and I also have been confronted with it during my student career. It is not unheard of to hear that violence can compromise the quality of care provided.

In this context, I thought it would be interesting to study its causes, the emotions it can cause to the caregivers and more particularly what can be the impact on the relationship between the caregiver and the patient. In order to support my theoretical research, based on different readings, I conducted two interviews with working nurses to get an insight into the reality in the field.

The analysis of these data showed that the different consequences that violence can have on the caregiver-caregiver relationship are directly related to the emotions of the caregiver. Thus the more the caregiver is emotionally impacted, the more the relationship that was established between them is affected, it changes, and sometimes cannot be renewed. Therefore, emotion management has a key role in this kind of situation.

La violence des patients est un phénomène auquel sont confrontés de nombreux soignants durant leurs carrières, j'en ai moi-même fait l'expérience durant mon parcours d'étudiante. Il n'est pas rare d'entendre que la violence peut compromettre la qualité des soins prodigués.

Dans ce contexte, il me semblait alors intéressant d'en étudier ses causes, les émotions qu'elle peut entraîner chez le soignant et plus particulièrement quels impacts cette dernière peut avoir sur la relation entre le soignant et le patient. Afin d'étayer mes recherches théoriques qui s'appuient sur différentes lectures, j'ai réalisé deux entretiens auprès d'infirmières en activité pour avoir un aperçu de la réalité du terrain.

L'analyse de ces données, a montré que les différentes conséquences que la violence peut avoir sur la relation soignant-soigné sont directement liées aux émotions du soignant. Ainsi plus le soignant sera impacté émotionnellement plus la relation qui s'était établie entre eux en garde des séquelles, elle se modifie, et parfois ne peut être reconduite. La gestion des émotions a donc un rôle importante dans ce genre de situation.

Key words :Violence - Consequence - Degradation - Care giver relationship - Emotions

Mots clés :Violence - Conséquence - Dégradation - Relation soignant-soigné - Émotions

Institut de formation en soins infirmiers CHU de Rennes 2, rue Henri Le Guilloux,
35033 Rennes Cedex 09

Travail écrit de fin d'études – 2020

