



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

L'impact de la violence dans un contexte de soins



*En psychiatrie, en quoi la violence d'un patient, dans un
contexte de soins, peut-elle impacter la relation soignant-
soigné ?*

LEMERCIER Tanguy
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'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études : *L'impact de la violence dans un contexte de soins*

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'Etat de Soins 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'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS

Je tenais à remercier E. Masson, Cadre de Santé Formateur, pour la patience dont il a fait preuve quant à mon accompagnement dans la rédaction de ce travail de recherche.

Sommaire

Introduction	1
1. Situations d'appel	2
1.1 Situation d'appel n°1 : Service d'admission de soins en santé mentale et psychiatrie..	2
1.2 Situation d'appel n°2 : Urgences médico-chirurgicales adultes	2
1.3 Questionnements.....	2
1.4 Emergence de la question de départ.....	3
2. Cadre conceptuel	4
2.1 La psychiatrie :.....	4
2.1.1 Définition	4
2.1.2 Soins en psychiatrie	4
2.2 Relation soignant-soigné :.....	5
2.2.1 Définitions.....	5
2.2.2 Rôle infirmier :	5
2.2.3 La communication :	6
2.2.4 Les valeurs :	8
2.2.5 Soins et rôle infirmier <i>en psychiatrie</i>	9
2.3 Violence.....	10
2.3.1 Définition :	10
2.3.2 Dissociation entre violence, violence fondamentale et agressivité	11
2.4 La violence en psychiatrie.....	12
2.4.1 Prise en charge de la violence en psychiatrie	13
3. Le dispositif méthodologique du recueil de données.....	14
3.1 Méthodologie de l'enquête	14
3.1.1 Choix de l'outil	14
3.1.2 Choix de la population	14
4. Analyse descriptive des entretiens	14
4.1 Notion de violence et d'agressivité.....	15
4.2 Impact des émotions sur l'infirmier et les soins	16

4.3 Gestion des émotions	17
4.4 Violence : les conséquences sur la relation soignant-soigné.....	18
4.5 Gestion et accompagnement des actes violents	20
5. Discussion.....	22
5.1 L'acte violent en psychiatrie : ses caractéristiques, ses manifestations.....	22
5.2 Répercussions de l'acte violent au sein du milieu de soins	25
Emotions chez les soignants	25
Impact sur la prise en charge du patient.....	26
5.3 Un devoir de prise en charge	27
5.4 Gestion et prise en charge de l'acte violent.....	28
6. Conclusion	30
Bibliographie	
Sommaire des annexes.....	

*« Nous sommes habitués à juger les autres d'après nous,
et, si nous les absolvons complaisamment de nos défauts,
nous les condamnons sévèrement de ne pas avoir nos qualités »*

Balzac

*« La violence se donne toujours comme n'ayant pas commencé,
la première violence c'est toujours l'autre qui la commet. »*

J.P. Sartre

Introduction

Le Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI),
aboutissement de trois années de formation.

La formation qui nous est délivrée est aussi épanouissante qu'exigeante par certains aspects. Elle engage chaque étudiant à se confronter constamment aux expériences de la vie. Apprendre à réagir rapidement en tant que professionnel et à se distancier émotionnellement tout en faisant preuve d'empathie, font partie de ses enseignements.

Cette formation complexe nous conduit vers l'assertivité, l'autonomie et l'adaptation et nous apprend à nous forger une identité professionnelle ponctuée par la probité.

Les soignants, du fait de leur exercice et de sa nature, sont confrontés à diverses situations pouvant être difficiles à appréhender. Dès lors, il était vraisemblable et prévisible qu'à travers mon parcours je sois amené à rencontrer des situations pouvant m'interpeller si ce n'est me déconcerter.

Au cours de mes différents stages, j'ai découvert la notion de violence au sein du milieu médical et ai décidé d'axer mon travail sur cette dernière. Ces passages à l'acte m'ont amené à réfléchir et à me questionner sur leurs raisons, leurs motivations.

Tout en sachant ces situations récurrentes et que je serai toujours sujet à y être confronté ; bien qu'elles soient uniques par le propre de l'individu et différentes dans leurs manifestations selon les spécificités des services, étudier et comprendre les interactions entre les éléments, conduites et enjeux de ces passages à l'acte ont éveillé ma curiosité.

Cette motivation à déchiffrer ces événements m'a conduit dans le cadre du MIRSI à sélectionner deux des expériences rencontrées, à les retranscrire et à exposer mes réflexions, questionnements en résultant.

Fondant la base de mon travail de recherche, vous trouverez ci-dessous, un résumé de mes deux situations d'appels et questionnements associés constituant ainsi le cheminement m'ayant mené à ma question de départ. Ces dernières sont à retrouver en intégralité en annexe (Annexe I et II).

1. Situations d'appel

1.1 Situation d'appel n°1 : Service d'admission de soins en santé mentale et psychiatrie

Lors de mon tout premier stage, en psychiatrie j'ai été confronté en tant que sujet à un passage à l'acte violent. Un patient schizophrène, venu pour décompensation dans un service d'admission fermée, alors délirant m'a plaqué contre un mur. Arrivé dans le service pour décompensation, trois jours auparavant, il était en rupture d'observance et avait refusé le premier soir toute prise de thérapeutiques. Il avait donc été contraint à la prise de neuroleptiques à visée hypnotique et installé en chambre de soins intensifs (CSI).

C'est quand il en sortira, afin d'aller fumer une cigarette, qu'en me croisant il s'en prendra à moi. L'altercation se soldera par l'intervention de différents soignants et le retour en CSI du patient.

1.2 Situation d'appel n°2 : Urgences médico-chirurgicales adultes

Dans un service de soins d'urgences, un soir particulièrement chargé et où l'attente se faisait sentir pour les patients, une patiente alcoolisée a été particulièrement « irritée » du fait de cette attente. Elle fut dans un premier temps insultante, puis violente physiquement avant d'être contentonnée, malgré plusieurs tentatives de la part des soignants pour la raisonner. Incapable d'accepter cette mesure, elle s'est alors mise à cracher sur tous les soignants passants à côté de son brancard. Un des soignants, s'étant fait cracher dessus une énième fois, hors de lui, s'est alors saisie de la patiente. Il la malmena, la secouant, tout en lui faisant part de son dédain face au comportement puérule et totalement irrespectueux dont elle faisait preuve envers l'équipe.

1.3 Questionnements

- Envers qui la violence est-elle ciblée ?
- La violence est-elle pour le patient un moyen de s'exprimer ?
- Est-ce « normal » qu'un tel acte se produise dans un contexte de soins ?
- Pourquoi « acceptons-nous » de tels comportements ?
- Est-ce qu'être régulièrement en contact et confronté à des scènes/expériences de violence nous rend plus vulnérables ?
- Quels sont les outils des soignants face à la violence des patients ?
- Quel est le rôle des soignants dans l'accompagnement de ces comportements ?

Aussi je me demande s'il est en notre pouvoir de soignants de désamorcer ces crises et quels outils peut-on mettre en place pour détecter ces passages à l'acte ? Peut-on percevoir et canaliser leur raison à temps et ainsi éviter ce genre de situation ?

- Si un patient en vient à devenir agressif ou violent, les soignants ne sont-ils pas passés à côté de quelque chose ?
- Quelles répercussions peuvent avoir ces différents actes sur les différents acteurs ?
- Quel est l'impact d'un accès de violence d'un patient envers un soignant sur la relation soignant/soigné ?

1.4 Emergence de la question de départ

Ces expériences, ainsi que les différents questionnements attenants, m'ont donc mené vers cette question de départ :

« En psychiatrie, en quoi la violence d'un patient, dans un contexte de soins, peut-elle impacter la relation soignant-soigné ? ».

Bien que l'une de ces situations se soit déroulée au sein d'un service de soins généraux, de par sa nature et ces circonstances ; *l'alcoolisation massive*, je décidais d'orienter ce travail dans le domaine de la psychiatrie.

2. Cadre conceptuel

Afin d'établir mon cadre théorique, je me suis appuyé sur le concept de *la relation soignant-soigné*, les notions et concepts qui découlent du fait de cette relation | *valeurs et communication* | et les notions de *violence* et *agressivité* émanant de mes questionnements, ayants inspirés ma question de départ.

Mais en premier lieu je m'évertuerai à définir ce qu'est la psychiatrie.

2.1 La psychiatrie :

2.1.1 Définition

Là, où le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNTRL, 2019) définit la psychiatrie comme étant une « *Partie de la médecine qui étudie, qui traite les maladies mentales et les troubles du psychisme.* » et le psychisme comme un « *Ensemble, conscient ou inconscient, considéré dans sa totalité ou partiellement, des phénomènes, des processus relevant de l'esprit, de l'intelligence et de l'affectivité et constituant la vie psychique* », la Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH, 2013), ajoute que la psychiatrie publique est « *très différente des autres spécialités médicales* ». Diachroniquement la psychiatrie est établie comme une « *médecine morale* » prenant en compte l'Homme dans son ensemble à travers trois dimensions : « *bio-psycho-social* » :

Dans ses manifestations de souffrance, le « mental » individuel n'est pas séparable de son environnement, social, culturel, professionnel... La psychiatrie n'est donc pas une science exacte qui se résumerait, sur le modèle biologique des spécialités de médecine organique, aux neurosciences du cerveau, du comportement et des cognitions : dans sa pratique quotidienne, elle fait aussi et surtout appel aux sciences humaines et sociales, à la philosophie, à l'anthropologie. (CPH, 2013)

Enfin, la CPH revendique la psychiatrie en tant qu'une spécialité à part et « *constitue un modèle opératoire, une théorie de la pratique permettant de mieux comprendre les manifestations de souffrance psychologique individuelle, et d'y répondre avec humanité.* ».

2.1.2 Soins en psychiatrie

Pour L. Morasz, A. Perrin-niquet, J.-P. Vérot et C. Barbot (2004), « Le soin en psychiatrie renvoie inmanquablement à une situation de soins qui elle-même se réfère à une situation de vie. Une approche clinique de qualité ne peut se départir du contexte dans laquelle elle se situe tant du point de vue de la souffrance que du point de vue professionnel. ».

Comme nous avons pu le voir ci-dessus, le soin en psychiatrie est indissociable d'une situation de soins. Aussi, cette situation ne saurait se dispenser de l'apparition d'une interaction entre la personne soignée et celui que l'on nomme communément « soignant ». De fait, naît la relation soignant-soigné.

2.2 Relation soignant-soigné :

2.2.1 Définitions

2.2.1.1 Définition soignant :

« Personne qualifiée qui effectue des interventions de prévention, de traitement ou de réadaptation auprès d'une personne soignée, d'une population dans le champ éducatif et des moyens qui lui sont octroyés. (C. Paillard et N. Jeanguiot-Pierre-Poulet, 2015, p.375)

2.2.1.2 Définition (personne) soigné(e) :

« Personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même » (Paillard et Jeanguiot-Pierre-Poulet, 2015, p.281)

2.2.1.3 Définition soignant-soigné :

Après avoir défini ses acteurs, C. Paillard et N. Jeanguiot-Pierre-Poulet (2015) définissent ladite relation comme 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, gestes, disponibilité)* ». Le soignant agit alors en « *faveur d'une personne en joignant ses efforts au siens* » et ce, afin de l'accompagner et de le faire évoluer.

Pour Alexandre Manoukian, cité par C. Paillard et N. Jeanguiot-Pierre-Poulet (2015, p.328,329) « *La relation soignante a pour but l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour vers l'autonomie. Elle permet d'identifier les demandes de la personne et d'analyser les interactions* ».

2.2.2 Rôle infirmier :

A présent, ayant établi ce que représentaient ces concepts et notamment celui de soignant ; qui comme nous avons pu le voir est amené à intervenir auprès de la personne soignée, établissons le rôle de l'infirmier spécifiquement.

Deux rôles sont à distinguer : le rôle propre et le rôle prescrit.

2.2.2.1 Rôle propre

D'après C. Paillard et N. Jeanguiot-Pierre-Poulet (2015), le rôle propre de l'infirmier se rapporte aux actions entreprises par ce dernier de manière autonome et ce grâce à l'élaboration de diagnostics infirmiers, encadrés par la législation du pays d'exercice et en fonction de ses savoirs.

Selon le glossaire de terminologie des soins infirmiers (Circulaire du 2 octobre 1990), c'est « *une expression employée pour désigner le domaine spécifique de la fonction infirmière dans lequel lui sont reconnues une autonomie, la capacité de jugement et d'initiatives. Dans ce domaine, l'infirmière est responsable des décisions qu'elle prend et de leur réalisation* ».

Les actes, relevant du rôle propre de l'infirmier, sont légiférés par l'Article R4311-5 du Code de la santé publique disponible en annexe (Annexe III).

2.2.2.2 Rôle prescrit

Suivant la définition de M. Dabrion (2011), dans son ouvrage *Raisonnement et démarche clinique infirmière : Enseignement et apprentissage*, le rôle prescrit correspond à « *la mise en œuvre de la prescription médicale : traitement, examens et toute autre mission de soins demandée par le médecin* ».

Ainsi ces deux rôles sont complémentaires et fondent le cœur même de l'exercice infirmier. À ces définitions j'aimerais ajouter au regard de la législation et du Décret n°2016-1605 constituant le code de déontologie des infirmiers, que l'exercice infirmier et donc l'intégralité de son rôle est régie par la probité.

En effet en vertu de l'Article R. 4312-4 : « *L'infirmier respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession* », Probité se trouvant être une qualité morale de droiture, de bonne foi et d'honnêteté qui se manifeste par l'observation rigoureuse des règles morales et des principes de la justice (CNTRL, 2019).

De plus l'infirmier, en qualité de soignant, agit « *au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches* » (Art. R. 4312-3) et « *en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science.* » (Art. R. 4312-10).

2.2.3 La communication :

Nous avons pu voir plus tôt que la relation soignant-soigné, comme toute autre, était déterminée comme « *une activité d'échange* ». À présent, je me pencherai sur cet échange en abordant le concept de communication.

2.2.3.1 Définition

D'après le site internet du Larousse, la communication est définie comme « *Action de mettre en relation, en liaison, en contact, des choses* » mais aussi « *Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse* ».

En complément :

D'un point de vue technique, l'émetteur envoie un message au récepteur par un canal de transmission (mécanisme physique de la communication, par exemple un

téléphone, messagerie électronique...) (USA, 1848-1849). Le récepteur reçoit et décode le message, en s'assurant qu'il utilise le moyen adapté pour cela. Si le récepteur répond, il devient émetteur et c'est ce que l'on appelle le feedback.

(Paillard et Jeanguiot-Pierre-Poulet, 2015).

2.2.3.2 Différents modes de communications

J. Chalifour dit des modes de communications qu'ils « *permettent à l'intervenant de manifester sa présence et son intérêt pour le client (personne soignée), de capter les messages conceptuels et affectifs que le client lui transmet et ainsi, de déclencher en lui des réactions cognitives et affectives. Il s'agit aussi d'informer le client de ce qu'il comprend du message reçu et de son effet sur lui. Ces modes de contact relèvent de techniques liées à la communication verbale et non-verbale.* ». (1989)

Précisément, d'après un rapport du Centre pour la santé mentale en milieu de travail (2016), pour communiquer « *nous utilisons bien plus que des mots* ». En effet, lors de nos échanges avec nos interlocuteurs notre personne tout entière interagit auprès de ces-derniers : « *Notre gestuelle, notre façon de nous asseoir, de parler et d'établir un contact visuel sont autant de moyens de communication non verbaux qui influencent les messages que nous transmettons verbalement* ».

Abordés ci-dessus, deux modes de communication émergent : le verbal, nous permettant d'interagir avec autrui par le biais de la parole mais aussi le non-verbal, parfois prévalent, affectant et donnant sens à nos paroles.

Communication non-verbale

C. Paillard et N. Jeanguiot-Pierre-Poulet (2015), se sont appliqués à rédiger une liste des différents types de communication non-verbale, dont :

- Le toucher : « *pour recevoir et transmettre l'information, le toucher peut-être instrumental (comme donner des soins), thérapeutique (pour aider, guérir) ou affectif (vécu comme un signe de reconnaissance, d'intérêt)* ».
- Les positions : « *celles-ci sont variables selon la nature des soins, selon les personnes soignées. L'attitude du soignant influence la qualité de la relation. Par exemple, l'intervenant doit-il être debout ou assis face à un patient couché, assis ?* ».
- Le regard : « *Le premier regard détermine la poursuite des échanges. Sans rester dans l'observation, le regard confirme la marque d'intérêt que l'on accorde à l'autre* ».
- L'écoute et ses silences, qui auront : « *une signification, pourvu que l'on ait connaissance de cette signification pour éclairer le dialogue soignant-soigné. Si, par exemple, après l'échange social, le silence s'installe, l'intervenant peut favoriser la poursuite de l'échange en favorisant une reformulation* ».

Ce sont donc l'ensemble de ces paramètres qui nous permettent, à nous soignants, d'établir une communication avec la personne soignée et ainsi d'introduire une relation. Aussi je m'intéresserais au rôle des valeurs au sein de la relation soignant-soigné.

2.2.4 Les valeurs :

2.2.4.1 Définition

On peut trouver pour définition de la valeur : « *Ce qui est accepté comme juste et bon, selon son jugement personnel, selon son éducation, ses croyances religieuses ou laïques. Il s'agit de l'ensemble de ces valeurs organisées, hiérarchisées et formant un cadre de référence.* » C. Paillard et N. Jeanguiot-Pierre-Poulet (2015)

Or, S. Truchon (2007), définit les valeurs et décline ces dernières en différentes catégories. À savoir ; valeurs personnelles, professionnelles et valeurs des *clients (entendre patients)*. Aussi, elle fait le lien et décrit les différentes interactions qu'il peut exister entre ces dernières.

F. Gruat (2009), s'intéresse à l'étymologie du mot valeur et de sa perception au sein de notre société avant de le définir, ce en y apportant des nuances tel que l'éthique ou la morale.

F. Gruat interroge le lecteur sur la transmission et l'usage du terme « valeur » chez les soignants et mets en garde contre son potentiel mésusage.

S. Truchon (2007) explique alors que : « *Les valeurs sont des références pour l'action humaine. On leur accorde un prix, on les estime et on y aspire* » tandis que F. Gruat (2009) dit : « *Ce mot « valeur » symbolise, aujourd'hui, souvent, dans notre monde moderne, ce qui est cher à l'individu, le pouvoir de l'argent, la mesure de toute chose* ». Ces deux auteurs ont donc des visions différentes du terme valeur mais qui pour autant se complètent, en effet, S. Truchon situe la valeur morale et F. Gruat la complète avec ses dimensions monétaires et quantitatives au sein de notre société.

2.2.4.2 Valeurs personnelles

S. Truchon parle des valeurs personnelles, elle dit que : « *chaque personne privilégie ses valeurs qui influencent ses actions et guident ses comportements et ses attitudes dans ses rapports avec autrui* ».

2.2.4.3 Valeurs professionnelles

Quant à F. Gruat, elle, ne fait pas d'allusions aux valeurs personnelles en tant que telles. Cependant, elle explique qu'en institut de formation infirmier et à l'hôpital il est nécessaire d'enseigner des valeurs professionnelles communes dès la formation des soignants et ce au risque que ces valeurs professionnelles se confrontent à leurs valeurs personnelles. S. Truchon ajoute que « *lorsque une personne choisit une profession, elle arrive avec ses valeurs et convictions* » mais aussi « *lorsqu'une personne adhère à une profession, elle s'engage à*

en respecter et à honorer les valeurs et les règles de conduites établies ». S. Truchon nous dit que : *« les valeurs professionnelles, quant à elles, se traduisent tant dans la prestation des soins que dans la relation entre l'infirmière et le client »*. F. Gruat nous invite à nous questionner quant au fait que les valeurs des soignants soient les mêmes que celles des patients et s'il n'y aurait pas là un risque d'imposer des valeurs, propres aux soignants, aux patients. Elle rajoute : *« Si des valeurs sont imposées aux infirmières, n'y a-t-il pas un risque que ces dernières, faisant leurs ces valeurs, n'essaient à leur tour de les imposer même inconsciemment aux malades ? »*. Complétons son questionnement en citant S. Truchon : *« Avant d'agir, l'infirmière doit reconnaître ceci (ce risque) et s'assurer de ne pas imposer ses valeurs personnelles au client »*.

S. Truchon offre la possibilité de répondre au questionnement de F. Gruat quant au fait de l'entrechoquement des valeurs des patients et des professionnels en disant : *« L'infirmière à l'obligation de respecter les valeurs et convictions personnelles du client tout en tenant compte de ce qui est généralement admis dans l'exercice de la profession »*.

En confrontant les deux articles on peut se rendre compte d'un certain tiraillement entre les trois dimensions de valeurs énoncer plus tôt : personnelles, professionnelles et les valeurs des patients. Ainsi F. Gruat cite Maurice Blondel en reprenant son terme *« le tolérantisme »*, elle dit *« Il ne s'agit plus de respecter la personne. Il s'agit d'admettre toutes les opinions, tous les actes en s'interdisant tout jugement de valeur »*. S. Truchon ajoute à ce point de vue : *« qu'en tenant compte de ses propres valeurs et convictions, l'infirmière doit aussi répondre aux exigences de sa profession »* mais aussi *« L'infirmière doit subordonner ses convictions personnelles aux intérêts des clients et ceux-ci ne doivent en subir aucun préjudice »*.

Pour terminer, F. Gruat nous dit : *« Le pluralisme des valeurs finit par dissoudre les valeurs si l'on reste à l'a priori, à la croyance, sans discernement, sans passage au crible de la réflexion éthique »*.

2.2.5 Soins et rôle infirmier en psychiatrie

Comme nous allons le voir le travail de l'infirmier en santé mentale est régi par les mêmes obligations qu'un infirmier travaillant dans toute autre spécialité. Seulement, la majorité de ses actes auront une portée de l'ordre du relationnel. Et ce, quel que soit le conflit pouvant exister entre ses valeurs professionnelles, personnelles et celles de la personne soignée :

L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale.

Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge. Art. R. 4312-11 – Code de la santé publique.

L. Morasz, A. Perrin-niquet, J.-P. Vérot et C. Barbot (2004), dans leur ouvrage, citent le décret de compétence pour définir les actions infirmières en psychiatrie. Du fait de son étendue et sa complétude les auteurs invitent le lecteur à en souligner certains points plus spécifiques. Ainsi, ils départissent les différentes missions de l'infirmier en pôles :

Le pôle de la vie quotidienne : comprenant l'accueil ; la permanence, la surveillance ; les repas, la vie dans le service ; les accompagnements, etc.

Le pôle « du cadre » : règles, cadre et règlement ; l'isolement, les placements ; les contrats de soin ; les surveillances particulières (risque suicidaire...).

Le pôle psychothérapie classique : les entretiens infirmiers ; les entretiens médicaux ; les entretiens familiaux, etc.

Le pôle d'activités « spécifiques » : les activités thérapeutiques ; l'ergothérapie ; les groupes de paroles ; les visites à domicile, etc.

Le pôle somatique : la prise de médicaments ; les soins somatiques ; les soins corporels, le nursing ; le travail d'éducation et de prévention, etc.

Le pôle institutionnel : réunions infirmières ; réunions institutionnelles ; synthèses ; les transmissions (briefing, dossier infirmier, fiche de liaison ...), etc.

Ratifié par le Code de la santé publique, l'infirmier en santé mentale est amené à prodiguer, outre les soins relevant de son rôle propre définis plus tôt et selon l'article R4311-5, ces différents soins :

Entretien d'accueil du patient et de son entourage ; Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ; Surveillance des personnes en chambre d'isolement ; Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient. – Article R. 4311-6

2.3 Violence

A présent, je vous invite à nous intéresser à la notion de violence.

2.3.1 Définition :

Lorsque l'on cherche à définir cette notion nous pouvons trouver pour définition qu'elle est une « Force exercée par une personne ou un groupe de personnes pour soumettre, contraindre quelqu'un ou pour obtenir quelque chose » (CNRTL, 2019). Cependant, Paillard et Jeanguiot-Pierre-Poulet expliquent qu'étymologiquement « la violence signifie force vitale ».

Et donc, qu'il s'agirait d'un mécanisme de protection, et non une volonté de porter préjudice à autrui : « *une réponse automatique contre l'angoisse de destruction.* » (2015).

En lisant cette seconde description de la violence on dévoile une nuance apportée à celle livrée par le CNRTL : son intentionnalité, son origine. Pourquoi nous offre-t-on ces deux définitions ambivalentes ?

C'est en consultant l'ouvrage *L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie (2004)* et notamment un chapitre rédigé par L. Morasz que je m'hasarderai à le développer.

Tout d'abord, l'auteur nous explique que : « *La violence est un fait (concret, psychique, imaginaire, moral...) né d'une interaction reposant sur une base pulsionnelle particulière qui lui donne son sens et qui génère chez la victime un vécu douloureux d'effraction (physique ou psychique)* ». Il explique que la naissance de cette interaction dépend de multiples facteurs tels que : *l'acteur, la cible et leurs caractères associés (personnalité, sexe, état émotionnel, etc.) ; leur environnement ; la nature de l'interaction ; etc.*

De fait, la violence peut se manifester de multiples manières.

2.3.1.1 Différents types de violences

L'auteur les évoque avec nous : « *Elle peut être physique (coups), psychique (harcèlement), verbale (insultes), matérielle (dégradation), sexuelle (attouchements) ou institutionnelle (positions paradoxales imposées).* »

Il indique que la force de cette violence « *naît pour une part de sa forme mais aussi de son effet. Est violent ce qui fait violence* ». Et ainsi, les soins en santé mentale soumettent les soignants : « *à des degrés différents, à ces multiples formes de violence qui se trouvent d'ailleurs souvent intriquées les unes aux autres* ».

L. Morasz nous indiquait que la violence naissait « *d'une interaction reposant sur une base pulsionnelle* ». Il développe et indique qu'il « *est important de distinguer chez nos patients deux mouvements pulsionnels différents : la violence fondamentale et l'agressivité* ».

2.3.2 Dissociation entre violence, violence fondamentale et agressivité

La *violence fondamentale* est décrite par J. Bergeret (1984) comme « *une pulsion primaire purement défensive* ». Il n'y a pas volonté de nuire à autrui mais, vertu à protéger le sujet. L. Morasz complète ajoutant que ces passages à l'acte « *ne visent pas une victime pour ce qu'elle est, mais pour éloigner le danger qu'elle incarne.* » (2004).

En ce sens, elle correspond à la définition de la *violence*, donnée plus tôt par Paillard et Jeanguiot-Pierre-Poulet, de « *Force vitale* » (*s'agissant subséquemment d'une définition de la violence fondamentale*) ; une pulsion de violence brute.

L. Morasz, nous dit de l'*agressivité* qu'elle est « *une pulsion plus secondarisée. Elle naît de l'intrication pulsionnelle entre le courant libidinal et la violence fondamentale pour aboutir à une pulsionnalité différenciée caractérisée par un plaisir ou un désir d'attaquer ou de nuire. Dans cette dynamique l'autre est attaqué pour ce qu'il est et ce qu'il représente pour le sujet* ». L'intentionnalité est ici présente bien qu'elle puisse être consciente ou non. La pulsion est dirigée. L'*agressivité* s'approche alors plus d'un comportement ; tandis que la *violence fondamentale* s'apparente à un mécanisme de défense.

En conclusion, on peut donc entendre que le concept de la *violence* tel que décrit par L. Morasz comprend et intègre deux formes de pulsions : une pulsion agressive, la notion d'*agressivité* et une pulsion de violence brute, correspondant à la *violence fondamentale*. Ainsi, pour reprendre les propos de l'auteur, « *l'acting* » *violent*, dans ses manifestations et sa forme, peut correspondre à ses deux formes de pulsions. Ce sont leurs orientations et non leurs manifestations qui les distinguent.

2.4 La violence en psychiatrie

La violence à de tout temps été l'une des préoccupations majeures du champ psychiatrique. Cette affinité sélective est un fait connu et ancien. Toutefois, nous nous trouvons actuellement au cœur d'une évolution significative de cette dialectique psychiatrie/violence. La problématique violente est en effet de plus en plus mise en avant dans les préoccupations des professionnels du champ psychologique et dans leurs réflexions sur la mutation de leur métier. (Morasz, 2004, p.251)

Il développe cette recrudescence en deux points :

D'un côté, nous observons l'augmentation quasi exponentielle du nombre des sujets s'exprimant préférentiellement sur un registre agi. De l'autre, nous constatons la progressive altération des capacités contenantantes d'un bon nombre d'institutions soignantes, pour des raisons complexes qui tiennent parfois à l'évolution cognitivo-comportementale ou biologisante trop exclusive de la psychiatrie moderne.

En concluant, qu'au centre, les équipes se voient au quotidien confrontées à des passages à l'acte « *qu'ils ne comprennent parfois plus* ».

L'auteur nous explique que l'infirmier fait face à « *différentes dynamiques violentes. A la violence agie (ou créée...) se mêle en effet une violence plus insidieuse : celle du côtoiement quotidien de la souffrance* ». La première, « *concerne l'irruption de la violence brutale qui peut*

entraîner, par ses capacités d'effraction, de véritables vécus traumatiques », la seconde, décrite comme plus insidieuse, est relative « *aux microtraumatismes quotidiens liés au frayage avec la souffrance et l'agressivité inhérente à la maladie mentale* ». Il spécifie aussi qu'au-delà « *de sa prise en charge concrète (renforts, contention...), la dynamique violente nécessite donc un véritable travail d'élaboration propre à permettre à tous de « digérer » psychiquement la part psychique de cette violence indissociable de la prise en charge de la maladie mentale* ».

2.4.1 Prise en charge de la violence en psychiatrie

La distinction vu précédemment entre *violence fondamentale* et *agressivité*, selon Morasz, « *est indispensable dans l'approche clinique des comportements violents. En la comprenant, nous pouvons en effet spécifier nos réponses, nuancer nos vécus et adapter nos positionnements.* ». (2004). De plus, « *A côté de cette distinction pulsionnelle, il est également indispensable de distinguer les différentes dynamiques violentes. En effet, à chaque structure psychopathologique correspond un profil prévalent de passages à l'acte* ». L'auteur illustre en évoquant le passage à l'acte d'un patient psychotique délirant et celui d'un patient dépressif. Il soutient que « *La connaissance du lien entre psychopathologie et acting permet de mieux les prévenir et de mieux les traiter* ».

Pour terminer, concernant l'aspect concret de la prise en charge de l'acte violent et ceci avant de recourir à la mise en place de thérapeutiques médicamenteuses ou non, on peut citer les *Règles d'application de la méthode de pacification de crise*, de M. Plante :

Se demander si on est bien la bonne personne pour intervenir ; S'assurer qu'une seule personne parle au patient ; Utiliser une phrase d'accueil simple et adéquate ; Faire parler, s'exprimer la personne en crise ; Utiliser des petites formulations ; S'occuper des émotions et des sentiments ; Ne pas intervenir au sujet du comportement ; Ne pas faire de demande à la personne en crise ; Garder ses distances par rapport au contenu du discours du patient ; Faire seulement des gestes lents, garder un ton calme ; Permettre l'expression de l'autre sans censure. (1999).

3. Le dispositif méthodologique du recueil de données

3.1 Méthodologie de l'enquête

3.1.1 Choix de l'outil

Afin de confronter mes recherches à la pratique et à l'expérience de professionnels, j'ai décidé, conseillé par mon guidant mémoire, de réaliser des entretiens semi-directifs. J'ai donc établi un guide d'entretien avec des questions ouvertes afin de diriger l'entretien, en m'assurant de traiter l'ensemble des sujets et concepts de mes recherches.

Ces entretiens sont individuels et ont été enregistrés de manière à les retranscrire après recherche du consentement de mes interlocuteurs tout en leur garantissant l'anonymat.

Le guide d'entretien est disponible en annexe (Annexe IV) tout comme les entretiens (Annexe VI et VII).

3.1.2 Choix de la population

Les infirmier(ère)s que j'ai choisi d'interroger sont, une infirmière que j'ai rencontré au cours de l'un de mes stages au sein d'une structure d'hospitalisation à temps plein, où les patients sont accueillis selon leur vœux mais aussi un infirmier travaillant au sein d'une unité d'admission fermée. J'ai fait ce choix afin de croiser les expériences de ces professionnels et d'observer leur différentes approches selon leur parcours et leur lieu d'exercice.

Concernant leur parcours, l'infirmière est, à ce jour, diplômée depuis bientôt 2 ans et évolue au sein de cette structure à la suite de l'un de ses stages préprofessionnel. Pour sa part l'infirmier a aujourd'hui un peu moins d'un an d'expérience et a travaillé au sein d'une autre structure d'accueil en admission fermée avant celle-ci.

Je n'ai pas rencontré de difficulté si ce n'est du fait de l'actualité (SARS-CoV-2). J'ai réalisé ces entretiens par le biais de visio-conférences. De fait, la qualité d'un des deux enregistrement étant médiocre, cela a impacté la bonne compréhension d'un passage en particulier.

4. Analyse descriptive des entretiens

Au sein de cette analyse les deux entretiens ont été confondus. Aussi, afin de dissocier les propos de chacun, les éléments écrits en « bleus » rapportent les propos de l'IDE 1 (infirmière) et ceux en « noirs » de l'IDE 2 (infirmier).

Pour construire cette analyse, j'ai tout d'abord formulé différents objectifs visant à recouper les informations collectées lors des entretiens :

- Relater ce qu'évoque la notion de *violence*, ses caractéristiques et ses différentes formes chez les soignants, ainsi que la distinction avec la notion d'« Agressivité ».

- Exposer le ressenti, le vécu, des soignants alors confrontés à une situation de violence.

- Formuler la prise de recul des professionnels vis-à-vis des situations auxquelles ils ont été confrontés.

- Relever les conséquences et influences des situations de violence sur la relation soignant-soigné.

- Mettre en évidence les éléments, outils et mécanismes ayant facilités et permis de décanter les situations rencontrées.

Les tableaux d'analyses, correspondants chacun à l'un des objectifs, sont disponibles en annexe (Annexe V).

4.1 Notion de violence et d'agressivité

Relater ce qu'évoque la notion de violence, ses caractéristiques et ses différentes formes chez les soignants, ainsi que la distinction avec la notion d'« Agressivité ».

Lorsque je commence à interroger les infirmiers sur la notion de violence, la première chose qui leur vient à l'esprit est qu'elle se caractérise « *en plusieurs types* », qu'elle a « *plusieurs aspects* ». Les professionnels décrivent un aspect physique ainsi qu'un aspect verbal et l'infirmier y adjoint une dimension psychique.

À ceci, l'infirmière rappelle que l'acte violent peut être dirigé soit envers « *les autres soit envers soi-même* ». Elle parle alors de la notion « *d'auto-agressivité* ». Elle relève aussi une violence qui peut être déplacée vers des objets.

Concernant l'étiologie et l'intensité de la violence l'infirmier estime qu'elle dépend de plusieurs facteurs, tel que la personnalité, la pathologie mais aussi des origines sociales et lieux de vies : « *je pense que ça dépend aussi de l'endroit où tu vas [...] j'étais à Vannes et c'était pareil, j'étais dans une unité d'admission fermée et la violence je ne la ressentais pas du tout de la même manière [...] là à Rennes la symptomatologie est très marquée* ».

Les soignants relèvent une différence entre la violence que l'on peut rencontrer au quotidien et la violence présente en psychiatrie.

Pour l'infirmière il réside une différence quant à la capacité à se contenir du sujet. Elle indique que, dans « *le cadre de la psychiatrie ... une grande part de la violence c'est parce que la personne n'arrive pas à apaiser un mal-être ou un malaise qu'il y a de présent et du coup, en arriver à ce stade-là* ». Elle donne l'exemple de plusieurs situations où la frustration peut être

à l'origine de la violence. De plus elle explique que la violence tant à être « *un moyen de soulager des angoisses* ».

L'infirmier, quant à lui, note que la majorité de la violence à laquelle il est confronté s'articule autour de « *moments de délires* ». il rapporte cependant des violences verbales dans d'autres circonstances.

Les différences majeures qu'il identifie sont, comparé à la violence rencontrée au quotidien, sa fréquence et son originalité : « *il y a plein de situations auxquelles je n'ai pas été confronté au cours de ma vie et que j'ai rencontré en psychiatrie* » ; « *la violence tu la ressens de manière beaucoup plus intense que dans la vie quotidienne* ».

Pour ce qui est de la dissociation entre violence et agressivité, lorsque l'on aborde la question de la violence, l'infirmier souligne de lui-même l'existence d'une différence. Il dit : « *L'agressivité c'est plus un espèce de mécanisme qu'on a, un mécanisme propre à nous de défense un petit peu. La violence c'est différent, il y a plus cette notion de... comment je pourrais dire ça, il y a plus cette notion de passage à l'acte, d'acte violent que je n'aurais pas retrouvé forcément dans l'agressivité* ». Selon lui l'agressivité s'apparente à « *un instinct de survie* ».

L'infirmière admet l'existence d'une différence « *dans la définition écrite* » mais n'est pas en mesure de la formuler.

Les infirmiers présentent alors différentes situations auxquelles ils ont été confrontés au cours de leur exercice.

4.2 Impact des émotions sur l'infirmier et les soins

Exposer le ressenti, le vécu, des soignants alors confrontés à une situation de violence.

Lors des entretiens, les soignants nous rapportent différents types de violences dont ils peuvent-être victimes.

L'infirmier parle de violence psychique, verbale mais aussi de coups physiques. Il évoque le fait que « *le patient peut avoir un mauvais objet* » et que ça puisse, notamment, être les soignants.

L'infirmière nous fait part de plusieurs situations où elle a été sujette à des actes violents verbalement, sans avoir été confrontée à de la violence physique.

Au regard de ces différentes situations, tous deux mettent en avant un impact émotionnel indéniable. L'infirmière indique que : « *Dans un premier temps ça peut me toucher*

personnellement ». En parlant d'une situation elle dit : « *elle m'a mise très, très mal vis-à-vis de ma pratique. Quand je suis rentrée chez moi j'ai quand même pleuré, j'étais tendue* ».

Encore, l'infirmier parle de plusieurs situations qui l'ont marqué : « *mine de rien c'est vachement violent. Fin moi je sais que psychologiquement parlant tu vois ça m'a fait bizarre* » ; « *c'est vachement violent autant pour toi que pour lui* ». Il relate aussi avoir déjà vu des collègues ayant finis en larmes à la suite d'agressions verbales.

Puis, cet impact émotionnel peut être accompagné d'une certaine incompréhension et/ou impuissance des soignants, face à certaines situations.

Ils déclarent : « *je me suis dit mais qu'est-ce que j'ai fait pour me faire insulter comme ça ?* » ; « *qu'est-ce que j'ai mal fait, qu'est-ce que j'ai mal dit* » ; « *Des fois tu ne sais pas quoi faire* » ; « *Moi je me suis déjà retrouvé démuné face à des patients des fois, limite les larmes aux yeux* ».

C'est alors, que les infirmiers font état de moments de remise en question, pouvant aller jusqu'à remettre en cause la qualité de leur prise en charge : « *dans un premier temps il y a un peu de remise en question, savoir s'il y a eu quelque chose de raté en fait, de manqué* » « *sur ma pratique professionnelle en fait* » ; « *nous les soignants on n'est pas infaillibles non plus, on se questionne* » ; « *tu as l'impression que ta prise en charge elle n'est pas optimale* » ; « *Tu as l'impression de ne plus aider la personne et d'être, fin que tu n'arrives même pas à te protéger derrière ta blouse blanche ou ton étiquette « professionnel » ...* ».

Lorsque les infirmiers abordent leurs ressentis il y réside une notion de temporalité. C'est pourquoi j'ai voulu dissocier leur ressenti, identifier sur le moment, de leur prise de recul.

4.3 Gestion des émotions

Formuler la prise de recul des professionnels vis-à-vis des situations auxquelles ils ont été confrontés.

Dans le discours des soignants on peut relever différents mécanismes mis en place afin de se distancier de l'affect pouvant nuire à leur prise en charge.

Pour aborder les propos des professionnels j'aimerais parler de « rationalisation ». En effet, l'infirmière une fois le recul pris sur les événements, recontextualise : « *Et après dans un second temps je me rappelle qu'on est quand même dans un contexte de santé mentale, que les gens aussi sont pas forcément dans un état de stabilité au niveau des réactions et je reprends la pathologie de la personne* ». Elle dit aussi : « *on sait très bien que les patients qui sont présents ils ont une grande souffrance. Parfois ils ont besoin de craquer* ».

On retrouve chez l'infirmier le même mécanisme de contextualisation : « *Après tu prends du recul là-dessus hein, tu sais que tu es là pour le soigner et tout mais bon ça fait bizarre d'intervenir de cette façon* » ; « *au final quand tu sais pourquoi tu le fais vraiment ça le fait* ».

Aussi, il déclare, en parlant d'une situation évoquée au cours de l'entretien, qu'il est nécessaire dans un second temps de réfléchir au sens des choses qui sont faites, tout en se rappelant du côté pathologique du patient.

L'infirmier, dans son discours, insiste sur la notion de « devoir » à plusieurs reprises, se basant alors sur cette dernière afin de prendre de la distance.

Dans les termes : « *Là clairement ça ne va pas, tu es obligé d'intervenir il va se faire mal, il va nous faire mal. Tu es obligé d'intervenir et en fait tu t'appuies là-dessus* » ; « *tu te protèges aussi par rapport à ça en te disant que le patient tu es là pour le soigner, c'est ce que tu fais c'est légitime.* » ; « *et puis voilà tu es là pour le soigner* ».

L'infirmière aussi fait état de cette notion : « *En tant que soignant, on se doit de ne pas rester sur ces comportements-là* ».

La soignante évoque une certaine distance professionnelle, disant du contexte de santé mentale qu'il lui permet de se rappeler que ce n'est pas nécessairement elle en tant que soignante ou sa blouse blanche qui peut poser un problème.

Enfin, l'infirmier décrit un rôle d'écoute de l'équipe soignante quant à l'accompagnement de la prise de recul : « *Et donc finalement il faut réfléchir, il ne faut pas laisser le truc, sans tabou il faut en parler, il ne faut pas hésiter à en parler* ».

Il définit aussi un rôle de soutien : « *Heureusement qu'il y a une équipe qui est là pour t'aider à encaisser* ».

Comme nous avons pu le voir, la violence impacte les soignants ; parfois affectés, parfois démunis allant jusqu'à se remettre en question, ce qui de fait, se répercute sur la relation soignant-soigné

4.4 Violence : les conséquences sur la relation soignant-soigné

Relever les conséquences et influences des situations de violence sur la relation soignant-soigné.

Les IDE révèlent que des changements sont bels et bien constatés dans la relation soignant-soigné. L'infirmier dit, en parlant de cette dernière : « *ça l'impacte comme ça parce qu'en fait tu te poses la question de savoir si tu es toujours dans le soin tu vois et ... si tu te poses cette question-là c'est que ... fin tu te dis que c'est chaud quoi.* »

L'infirmière évoque l'impact d'une situation sur la prise en charge d'une patiente : « *j'appréhendais mon retour en fait après au travail et de revoir cette patiente-là. J'avais limite peur d'être reconfrontée à cette patiente-là. Dans un premier temps, je ne m'occupais pas d'elle* » ; « *Et sur les semaines qui ont suivi, j'avais quand même du mal à revenir vers elle, en tant que soignante je bloquais un petit peu et même en me forçant je n'étais pas au plus à l'aise* ». Ainsi, la situation a menée la soignante à arrêter de suivre la patiente, puis à prendre ses distances.

L'infirmier relève aussi des changements dans la prise en charge : « *tu essaies de prendre de la distance* » ; « *il peut y avoir un impact si la violence devient trop importante, fin on reste humain ça peut nous impacter* ».

Les infirmiers perçoivent aussi des répercussions à la suite de leurs interventions. L'infirmière parle d'une situation où la personne, à la suite de son intervention a refusé de lui parler.

L'infirmier quant à lui identifie une différence de répercussions selon les pathologies. Dans un premier temps, il décrit, en parlant de patients psychotiques, qu'il y a « *des moments de délires où les patients partent totalement en live et puis tu les revois deux jours après, ils ne se souviennent pas des faits. C'est très rare qu'ils s'en rappellent donc finalement la relation moi je ne l'ai pas forcément ressentie comme altérée* », qu'il compare à son expérience avec des patients ayant des troubles bipolaires : « *j'ai ressenti plus cet impact sur la relation que t'avais* ».

Puis, le soignant indique, qu'à la suite d'interventions où il a dû « *recadrer* » des patients, qu'ils « *s'en souviennent et ça les a embêtés de la façon dont ça s'est déroulé donc il ne te parle pas forcément, ils peuvent t'éviter* », ressentant « *une perte de confiance* » entre le patient et lui.

Par les faits, les relations peuvent donc se retrouver impactées selon le ressenti des patients. De plus, l'infirmier évoque le fait qu'en psychiatrie il est parfois nécessaire de recourir à des renforts.

Le soignant décrit des situations où certains patients, malgré le fait que l'acte violent soit articulé autour de « *moments de délires* », se souviennent de se recourir à la force, et déclare alors : « *c'est vachement violent, surtout au niveau psychologique* ».

Pour finir, faisant référence au ressenti des patients, l'infirmier évoque le sentiment de persécution chez le patient : « *Si c'est moi le persécuteur, si je vois que je suis le persécuteur je ne vais pas insister et un collègue prend le relais. On le fait de façon à ce que le patient s'apaise* ». Ici, la relation se voit impactée par le changement de référence IDE.

4.5 Gestion et accompagnement des actes violents

Mettre en évidence les éléments, outils et mécanismes ayant facilités et permis de décanter les situations rencontrées.

Les professionnels mettent en avant différents chemins et accompagnements de la prise en charge de l'acte violent.

Tous deux s'accordent et se rejoignent sur l'importance de la verbalisation et de la communication au sein de la prise en charge : *« essayer de comprendre ce qui ne va pas, d'apaiser les choses, de savoir ce qui bloque si ça ne s'apaise pas tout seul. Ça va être à nous, soignants, de provoquer un entretien un échange pour qu'on puisse savoir ce qui ne va pas et comment on peut faire pour apaiser les choses »* ; *« je propose toujours un temps pour essayer de verbaliser. C'est important que ça passe par la verbalisation aussi avant d'en venir à l'acte, à l'intervention ou même à la thérapeutique médicamenteuse »*.

L'infirmier parle d'une *« désescalade de la montée en tension »* en essayant de comprendre les enjeux de ces passages à l'acte. Il évoque aussi un travail sur les émotions.

Aussi, les échanges mettent en lumière l'impact des sollicitations extérieures sur le patient et ainsi le rôle et l'enjeu de la présence soignante, à réévaluer, selon la situation et son évolution.

De fait, l'infirmier déclare nécessaire de laisser les patients seuls : *« les personnes ont besoin d'être seules parfois »*.

L'infirmière le rejoint : *« On essaye au mieux, soit de la mettre dans une chambre pour qu'elle s'apaise, soit de rester avec elle »*.

Nous avons pu voir que la présence des soignants pouvait avoir un impact sur la personne soignée, en outre, cela me permet de faire le parallèle avec le rôle et l'importance du travail d'équipe évoqué à plusieurs reprises lors des entretiens.

Pour surmonter les difficultés rencontrées lors de ces situations les infirmier mettent en avant l'importance et le rôle de l'équipe soignante. En effet, les professionnels évoquent tous deux le passage de relais lors de situations difficiles.

L'infirmier insiste sur l'importance de passer le relais si nécessaire, qu'il ne faut pas hésiter et dit notamment que *« c'est un besoin »*.

Il évoque aussi le recourt aux renforts si la situation le nécessite, notamment d'un point de vue médical : *« si jamais ça part trop en live tu appelles le médecin qui essaye de voir avec lui, le médecin a toujours un impact un peu plus fort que nous les infirmiers »* ; *« ils demandent des hommes parce que des fois il y a besoin d'intervenir »*.

Les professionnels interrogés mettent en avant une notion de temps facilitant l'apaisement des conflits.

En effet, dans leur discours on peut relever différents éléments allant en ce sens : « *Et ça s'est décanté en fait tout seul... je ne sais pas par quel moyen, quel processus mais au bout d'un temps bah l'échange se faisait plus facilement* » ; « *tu laisses un temps d'apaisement* » ; « *ça se passe, au final* ».

Ensuite les soignants citent tous deux des éléments faisant référence à l'expérience professionnelle.

L'infirmière relève une des situations rencontrées et émet l'hypothèse qu'elle puisse s'être décantée, notamment, grâce à son évolution au niveau professionnel, étant encore jeune diplômée. Elle dit aussi, avec aujourd'hui plus d'expérience, qu'en grande majorité : « *il y a toujours des solutions pour apaiser cette violence. Et souvent elle est expliquée aussi, il y a quelque chose qui justifie cette violence-là, si on gratte un peu il y forcément moyen de trouver quelle est la cause et comment la traiter ou du moins comment l'apaiser* ».

L'infirmier note qu'il est important de savoir prendre de la distance face aux situations rencontrées. Il parle aussi de formations, sur la violence, acquises au cours de l'exercice professionnel au fil des années.

En dernier recours, et si les différents éléments cités plus tôt n'ont pas permis de décanter les situations de violence, les professionnels énumèrent l'emploi de différentes thérapeutiques :

L'infirmier mentionne alors l'emploi de thérapeutiques médicamenteuses : « *si ça ne marche pas à ce moment-là tu peux proposer le traitement* » ; « *souvent il y a des traitements en si besoin* », ainsi que le recours à la contention : « *Donc oui tu as plusieurs solutions à mettre en place et puis dans le dernier des cas c'est une mise en contention si ça part vraiment trop en live et que le patient de vient ingérable, qu'il n'entend plus rien, qu'il est inaccessible* ».

L'infirmière évoque l'éventualité de « *l'achat d'un sac de frappe* » au sein de son service afin de le mettre à disposition des patients afin de se défouler et de déplacer la violence, évitant ainsi qu'ils se mutilent.

5. Discussion

La plupart des notions et concepts que j'ai pu aborder au cours de mes recherches ont été évoqués lors des entretiens. Cependant certains demeurent incomplets, certains sous-entendus tandis que d'autres ont apporté de la clarté et ont illustré les éléments abordés dans mon cadre conceptuel.

Afin de démarrer cette partie de mon travail, j'ai souhaité citer ma question de départ :

« En psychiatrie, en quoi la violence d'un patient, dans un contexte de soins, peut-elle impacter la relation soignant-soigné ? ».

Ainsi, je traiterai dans un premier temps le terme de « violence ».

5.1 L'acte violent en psychiatrie : ses caractéristiques, ses manifestations

Comme nous avons pu le voir à travers le cadre théorique de mon travail, la notion de violence renvoie inmanquablement à celle d'agressivité.

Les recherches que j'ai pu faire sur ces termes m'ont mené dans différentes directions, me conduisant parfois vers des définitions selon une approche psychanalytique, d'autres selon une approche cognitivo-comportementale... ou encore vers des définitions incluant les deux dimensions en leur sein. Ces recherches m'ont donc permis de redéfinir ces termes et ce notamment à travers les écrits de L. Morasz.

C'est en m'interrogeant sur ces notions, grâce à ce travail, que je me rendais compte qu'il s'agissait là de termes communément acquis mais qui, pour autant, n'étaient pas clairement définis pour un grand nombre d'entre nous. En réalisant mes entretiens, mais aussi au cours de discussions avec mon entourage, je me confortais dans cette idée.

En effet, lorsque j'évoque avec les professionnels la définition de la violence, tous deux ; en accord avec mes recherches et la vision que j'en ai, me citent plusieurs aspects de celle-ci. Ils me font alors part de violences : physique, morale, psychique. Ils font état de différentes étiologies telles que la personnalité, la pathologie ou l'environnement. Aussi, ils parlent de différentes orientations de la violence (envers les autres, envers les objets, auto-agressivité). Là encore, correspondant aux recherches que j'ai pu effectuer.

J'en viens à la dissociation des notions *d'agressivité* et de *violence* et précise pourquoi j'emploie le terme « d'acte violent ». Comme je l'ai évoqué avec vous plus tôt, ces deux notions semblent généralement pouvoir se substituer l'une à l'autre dans notre quotidien.

Comme il est figuré dans l'analyse de mes entretiens un des professionnels fait cependant mention de cette différence. Ainsi, il décrit l'agressivité comme un mécanisme de défense

propre à chacun de défense : « *un instinct de survie* » et associe la violence à une « *notion de passage à l'acte, d'acte violent* » qu'il ne retrouve pas dans l'agressivité.

Dans les faits, d'après mes lectures et de la compréhension que j'en ai, je rejoins l'infirmier sur l'idée d'associer passage à l'acte et acte violent à la notion de *violence* ; j'émet une réserve quant à *l'acte violent* qu'il n'identifie pas dans *l'agressivité* et m'oppose à l'idée que cette dernière soit apparentée à un instinct de survie.

Pour m'expliquer à ce sujet j'aimerais citer différents éléments de mon cadre théorique. Premièrement, L. Morasz explique que « *La violence est un fait (concret, psychique, imaginaire, moral...)* ». Ici, la violence est identifiée telle une manifestation concrète, psychique, ... en bref, variant dans sa nature. C'est ce qui me semble à retenir de la notion de *violence*. Elle se caractérise, se singularise par sa nature, elle est associée à un acte ; conscient ou non. C'est en cette conception que je rejoins l'infirmier.

A présent, et en référence à la conclusion sur la partie dissociation entre *violence* et *agressivité* de mon cadre théorique ; on peut entendre que le concept de la *violence*, tel qu'il y est décrit, comprend et intègre deux formes de pulsions. Une pulsion agressive, qui correspond à la notion d'*agressivité* et une pulsion de violence brute, correspondant à la *violence fondamentale*. Je reprends alors le terme de l'auteur, en parlant « *d'acting* » violent qui dans ses manifestations et sa forme, peut correspondre aux deux formes de pulsions. La *violence* ; ce fait concret, peut donc prendre la forme de ces deux pulsions. Ce sont les orientations et non les manifestations qui diffèrent entre ces dernières. Par conséquent, lorsque l'infirmier explique ne pas « *forcément retrouver* » la notion d'acte violent j'émet une réserve. Lorsque agression il y a, la notion d'*acte violent* existe bel et bien. Or, on peut dire de quelqu'un qu'il a un tempérament agressif sans pour autant retrouver la notion de passage à l'acte. Je comprends donc les dires du professionnel. Mais pour moi, lorsque l'on parle d'*agressivité* en tant que telle il y a bien passage à l'acte.

Pour conclure cette partie ; et aborder mon opposition avec le troisième point, je ferais allusion au paragraphe sur *l'agressivité* dans mes recherches. *L'agressivité* est une pulsion plus secondarisée, caractérisée par un plaisir ou un désir d'attaquer ou de nuire, où l'autre est attaqué pour ce qu'il est ou ce qu'il représente pour le sujet. Ici, on retrouve bien la notion de passage à l'acte ; « *où l'autre est attaqué* ». Mais aussi on parle d'une « *pulsion plus secondarisée* » à vocation de nuire à l'autre « *pour ce qu'il est et ce qu'il représente* ». Notons, que d'un besoin de protection nous ne n'y faisons pas allusion contrairement à la *violence fondamentale* ; pulsion primaire où le terme violence, étymologiquement, signifie « *force vitale* ».

Cela me mène à me demander si les pulsions d'actes violents ont un rapport entre les patients et leurs pathologies ? Ainsi je me demande si les patients ont plus tendance à être violent ou agressif en fonction de leur pathologie, s'il existe un rapport ?

Je crois pouvoir trouver des éléments de réponses au sein de mes entretiens. Mais aussi je me rappelle les écrits de L. Morasz : « *à chaque structure psychopathologique correspond un profil prévalent de passages à l'acte* ».

Lors de mon premier entretien, l'infirmière décrit le recours à la violence en psychiatrie de certains patients ; comme étant un moyen d'apaiser un mal-être ou un malaise, un moyen de soulager des angoisses. J'ai trouvé cette notion intéressante car elle faisait écho à certaines situations que j'avais pu rencontrer au cours de mes stages. Je me rappelle par exemple cette situation où un patient ; à qui l'on avait refusé de sortir seul pour fumer une cigarette, avait exprimé son mécontentement en frappant dans un mur. L'acte violent était venu « illustrer » ses émotions.

Ne l'ayant pas abordée, ni dans mon cadre théorique, ni dans mon guide d'entretien je souhaitais poser la question au second professionnel. La formulant alors, de sorte à savoir, s'il faisait une différence entre la violence qu'il était amené à rencontrer au quotidien et la violence à laquelle il était confronté au sein de notre milieu professionnel. Les différences majeures qu'il évoqua concernaient sa fréquence et son originalité, marquant que la majorité des actes violents auxquels il était confronté, s'articulent autour de troubles délirants.

Je trouve intéressante cette différence qui existe entre les types d'actes violents que nous rapportent chaque professionnel. L'une ; exerçant dans une structure d'hospitalisation avec l'adhésion du patient, décrit plusieurs actes violents verbalement mais ne relate aucun faits de violence physique à son encontre. L'autre ; travaillant dans une unité d'admission fermée au sein de laquelle le consentement aux soins se fait plus rare, pour qui les appels en renfort font partis du quotidien. Doit-on l'associer à leur lieu d'exercice ? C'est mon avis. J'ai, dans mon parcours de formation, eu l'occasion d'aller en stage dans le lieu d'exercice de l'infirmière ainsi que dans un service d'admission fermée (ma première situation d'appel). De l'expérience que j'en retire et du ressenti que j'en ai, la violence se faisait plus présente au sein du service d'admission fermée. On peut alors se demander si le consentement du patient quant aux soins, joue un rôle dans la violence ? Un patient n'ayant pas adhéré aux soins a-t-il plus de probabilités de passer à l'acte qu'un patient venu de son propre chef ?

Voilà pourquoi, rendu à ce stade de mon travail, je déciderai de parler des répercussions de l'acte violent au sein des soins.

5.2 Répercussions de l'acte violent au sein du milieu de soins

En lien avec la question de départ de mon MIRSI cette partie fait référence à la notion d'impact sur la relation soignant-soigné. Aussi j'ai choisi d'y traiter les répercussions sur la prise en charge du patient.

Précédemment, j'ai fait allusion à certains éléments évoqués lors des entretiens, venant compléter des concepts et notions abordés dans le cadre de mes recherches. La gestion des émotions en fait partie.

Emotions chez les soignants

Au début de ce travail, et lorsque j'ai rédigé mon guide d'entretien, je me demandais quel était le ressenti, le vécu des soignants face à la violence. Percevant l'impact que pouvait avoir la violence, j'interrogeais ces derniers sur leur ressenti.

Tous deux me confirmèrent un impact émotionnel flagrant, évoquant des situations menant aux pleurs, des situations face auxquelles ils se sont retrouvés démunis. Les dires de l'infirmière, illustrent très bien cette conséquence de l'acte violent, disant qu'elle peut être touchée personnellement. Les soignants me confient aussi, de certaines situations, qu'elles les mènent à se remettre en question, allant jusqu'à remettre en cause la qualité de leur prise en charge. *Je n'insisterai pas ici sur l'intérêt et l'importance, fondamentale, de se questionner et de se remettre en question dans nos métiers, ma volonté étant de rapporter les conséquences de la violence sur les émotions des soignants.* Ainsi, la remise en question, oblige les soignants à remettre en cause leurs actes, leurs soins, etc... et me semble être pour eux une conséquence des plus pénalisantes sur le plan affectif.

Conscient de l'impact que pouvait avoir la violence, et fort de mon expérience, j'aurais pu me demander au début de ce travail : quel est le rôle de la gestion des émotions, du soignant confronté à un acte violent, sur la relation soignant-soigné ?

A ce propos, je citerai à nouveau L. Morasz disant de la violence qu'elle « *nécessite un véritable travail* » et ce afin de « *permettre à tous de « digérer » [...] la part psychique* » de cette dernière « *indissociable de la prise en charge de la maladie mentale* ».

On retrouve dans le discours des soignants différents mécanismes leur permettant de gérer leurs émotions.

Ainsi, j'ai pu relever l'importance de la prise de recul et notamment le fait de devoir contextualiser les situations auxquelles ils avaient été confrontés. Cela a fait écho à ma première situation d'appel mais aussi à d'autres, c'est pourquoi je rejoins les professionnels sur ce point. Il est nécessaire après s'être heurté à des situations pouvant être traumatisantes de réfléchir dans un second temps au déroulé des faits. Cela nous permet d'éclaircir des zones d'ombre et ainsi de se recentrer sur les faits concrets. Cela permet de rationaliser.

L'infirmier soulève et insiste sur un point, qui à mon sens, est fondamental dans la gestion des émotions : le rôle de l'équipe. Force est de constater qu'elle a un rôle de soutien mais aussi d'écoute, nous permettant de nous appuyer sur cette dernière, forte de l'expérience des soignants qui la constitue.

Comme nous le voyons les actes violents des patients influent sur les émotions des soignants. Or, les émotions des soignants impactent inévitablement la relation soignant-soigné. Les entretiens, en particulier l'analyse de ces derniers, le démontrent. Je citerai notamment l'infirmier qui nous dit en parlant de ladite relation : « *ça l'impacte comme ça parce qu'en fait tu te poses la question de savoir si tu es toujours dans le soin* ».

Comme j'ai pu l'aborder dans mon cadre théorique la relation soignant-soigné est une activité d'échange entre le soignant, personne effectuant les soins, et le soigné, personne en situation de besoin. Cette relation est caractérisée par une collaboration entre les deux acteurs, l'un en besoin et l'autre ayant un rôle d'accompagnement. Dès lors que l'on considère que l'un des sujets a un impact négatif sur l'affect de l'autre, on conçoit que cette relation soit altérée. Comment le soignant peut-il endosser ce rôle alors accablé par ses émotions ?

Quels sont les impacts de l'altération de la relation soignant-soigné sur la prise en charge du patient ?

Impact sur la prise en charge du patient

En accord avec l'idée que je m'en faisais, les entretiens ont confirmé que la violence d'un patient pouvait avoir différentes conséquences sur sa prise en charge. Bien que l'impact sur la relation soit initié par l'acte violent et donc par le patient lui-même, je dissocierais les impacts liés aux comportements des personnes soignées de ceux qui émanent des soignants.

En effet, l'une des conséquences peut se traduire par une prise de distance voire l'arrêt du suivi du patient par l'infirmier référent. L'acte violent et le vécu du soignant peuvent donc faire régresser la qualité d'une relation mise en place initialement. Aussi, si la qualité de la relation se voit dégradée, la prise en charge du patient est affectée ; pouvant entraîner la perte d'une relation de confiance, nécessitant d'instaurer une nouvelle relation d'aide... ce qui tend à augmenter le temps d'hospitalisation.

Mais aussi, comme je l'ai évoqué il paraît important de considérer l'impact lié au comportement de la personne soignée à la suite de ces événements, et notamment, à la suite de l'intervention soignante. Les soignants décrivent tous deux différentes répercussions.

L'infirmier interrogé apporte un élément auquel je n'avais pas réfléchi et que je n'avais pas eu l'occasion de remarquer. En effet, il identifie une différence de répercussion selon les

pathologies et les tempéraments des patients impliqués. Ainsi, il ne perçoit pas les mêmes conséquences pour des patients psychotiques et des patients souffrant de troubles bipolaires. Il ressent chez ces derniers un impact plus fort sur la relation, faisant état de perte de confiance à la suite d'interventions où il lui avait fallu « recadrer ».

Concernant les patients psychotiques, il décrit deux types de situations à la suite de passages à l'acte violents, marqués par des troubles délirants. Des patients ne se souvenant plus de leurs actes, chez qui la relation ne se voyait pas altérée et d'autres, auprès de qui il avait fallu intervenir à l'aide de renforts, s'en souvenant, et chez qui le vécu douloureux, impactait de fait la relation.

5.3 Un devoir de prise en charge

Le terme de devoir émergeant dans mes entretiens j'introduis ce concept. J'introduis ce concept car durant les entretiens le terme de devoir émerge ; l'infirmier, particulièrement, insiste sur ce dernier.

En effet, il fait état de « devoir » à plusieurs reprises et notamment lorsqu'il évoque son obligation d'intervenir alors qu'un patient est sur le point d'accomplir un acte violent. Aussi, il l'adopte pour légitimer sa prise de position, pour prendre de la distance. L'infirmière l'évoque, disant qu'en tant que soignante, elle « se doit » de ne pas tenir compte de comportements violents.

L'approche menant les professionnels à évoquer ce terme, est-elle toujours la même ? Ce terme fait-il référence aux mêmes notions et concepts ?

Lors de ce travail d'initiation à la recherche, j'ai dans un premier temps défini ce qu'était la relation soignant soigné conduisant ainsi à décrire le rôle infirmier, puis plus spécifiquement son rôle en psychiatrie. J'ai ainsi pu déterminer quels étaient ses devoirs moraux. Aussi je me suis posé la question suivante : au-delà de ses obligations, de ses devoirs législatifs et de ses responsabilités les valeurs de l'infirmier peuvent-elles influencer sa prise en charge ? Dès lors, il m'a semblé important de parler des valeurs.

Au regard de la thématique de mon mémoire et de mes recherches il m'apparaît de façon plus prégnante qu'elles ont un rôle dans notre prise en charge des comportements violents.

Lorsque, par exemple, l'infirmière aborde la notion de devoir dans ce contexte, elle peut pour moi se référer à ces deux concepts que sont les valeurs et le rôle infirmier.

Nous avons pu voir que l'infirmier avait pour devoir moral l'impartialité dans la qualité de sa fonction, en référence à l'Article. R. 4312-11 du Code de la santé publique. Aussi, lorsque la soignante évoque ce terme de devoir, convient-il d'y voir une référence au rôle infirmier.

Mais, lorsque l'infirmière commence sa phrase par « *en tant que soignants* », j'é mets l'idée d'un hypothétique conflit entre valeurs personnelles et professionnels. En effet, nous avons pu voir lors de l'analyse des articles de S. Truchon et F. Gruat, que nos valeurs personnelles étaient définies comme guidant et influençant nos comportements, nos actions envers autrui. Or, ces valeurs peuvent- alors se heurter à celles des personnes que nous soignons. À travers ces lectures, nous avons aussi vu que l'infirmier(e) doit subordonner ses convictions personnelles aux intérêts des patients.

Ces deux articles m'ont permis de mieux comprendre ce qu'étaient les valeurs mais aussi quels étaient les enjeux dans leur emploi au quotidien et particulièrement dans le monde du soin. Ils m'ont aussi fait de découvrir que les valeurs, mises en avant dans notre formation, si elles ne sont pas issues d'une réflexion et d'un questionnement n'ont justement peu de valeur. Permettant de bien faire la distinction, entre les valeurs personnelles, professionnelles et les valeurs des patients, mais aussi leurs interactions, ces deux articles démontrent l'incidence qu'elles peuvent avoir sur la relation soignant-soigné.

Aussi en référence à la question que je me posais au début de cette partie de la discussion je ne pourrai pas savoir si les infirmiers faisaient référence à leurs valeurs ou au rôle infirmier. Je pense qu'il aurait été intéressant de les interroger sur la place qu'ils accordent aux valeurs dans cette thématique.

Comment l'infirmier, possédant une identité morale et de fait des devoirs, lorsque son identité physique est affectée, et en l'occurrence son psychisme, doit-il assumer ses responsabilités ?

5.4 Gestion et prise en charge de l'acte violent

Je souhaitais introduire cette partie de ma discussion avec cette citation :

*La violence à de tout temps été l'une des préoccupations majeures du champ psychiatrique.
Cette affinité sélective est un fait connu et ancien.*

Lors des entretiens je posais la question aux professionnels quant à l'accompagnement et les outils et mécanismes qu'ils mettaient en place afin de décanter les situations auxquelles ils étaient confrontés. Ces derniers m'ont alors fait part d'une grande importance de la communication. Notion définie dans mon cadre conceptuel que je savais fondamentale dans

la prise en charge de l'acte violent. Ils ont aussi laissé apparaître l'importance et l'impact des sollicitations extérieures, à la personne soignée, dans la gestion de ces événements. Notamment en évoquant la nécessité de leurs laisser un temps d'apaisement, parfois seuls ou bien accompagné d'un soignant. Ainsi, l'infirmier souligne « *une désescalade de la montée en tension* ».

Évidemment, le rôle de l'équipe soignante est abordé : lors de moments nécessitant le recours à des renforts mais aussi pour passer le relais lorsque l'environnement n'est plus propice à une bonne prise en charge du patient. Le recours aux thérapeutiques, prise en charge importante de la psychiatrie, est noté, allant jusqu'à la contention physique.

Ils font aussi notion de l'importance de l'expérience dans la prise en charge de la violence, indiquant qu'il est important de savoir prendre de la distance, évoquant notamment des formations.

Au début de ce travail de recherche, lorsque je m'évertuais à définir la psychiatrie, nous avons pu voir qu'elle n'est pas une science exacte. De plus, l'Homme, étant un être bio-psycho-social, fait que nous ne pouvons ni faire abstraction des éléments le caractérisant, ni de l'environnement dans lequel il évolue.

C'est pourquoi la prise en charge d'un patient de manière générale et, je trouve, plus particulièrement d'un patient en psychiatrie se doit d'être individualisée. Je parle ici de l'adaptation aux soins prodigués, et non de l'attention dont on doit faire part face à la singularité de toute personne.

De fait, la prise en charge et la gestion de l'acte violent ne peut faire l'objet d'une généralisation. Nous pouvons bien évidemment user de certaines stratégies, déterminer quels outils et mécanismes « utiliser » face à tel type de situation ou tel profil psychopathologique. Seulement la violence, singularisée selon ses formes, ses manifestations, ses caractéristiques, ... selon l'individu, aura toujours à cœur de nous surprendre.

6. Conclusion

La psychiatrie dans les représentations que j'en avais et pour autant que je m'en souviens, a toujours fait écho à la violence. C'est avec cette conception quelque peu holistique que j'ai débuté ma formation, avec la volonté de m'orienter vers ce champ spécifique de la médecine.

Est-ce qu'aujourd'hui mes représentations ont changé, fort de mes expériences et de mes travaux ? À vrai dire, je ne sais pas.

Ce que je sais : en abordant le champ de la violence et à travers mes recherches j'ai pu découvrir la différence qu'il existait entre les notions d'agressivité et de violence. Et ainsi je me rappelle l'importance du choix des termes que l'on emploie. Ils déterminent l'information que l'on va transmettre et sa bonne interprétation par notre interlocuteur qu'il soit soignant, soigné, parent, ami, ...

Ce travail a permis de répondre à certains de mes questionnements, mais aussi, en alimentant de nouveaux apparus dans la construction de ma discussion me permettant, ainsi, d'accroître mon champ de compétences et de nourrir ma pratique professionnelle de demain.

Effectivement, avant d'aborder ce travail de recherche je ne m'étais jamais interrogé sur les notions d'agressivité et de violence. Et je suis heureux que l'on ne nous ne l'ai pas appris au cours de notre formation. Sans quoi, je n'aurais peut-être pas choisi ce thème, réfléchi à des situations pouvant s'y référer, ... en bref, n'aurais pas eu à y réfléchir et à rencontrer de difficultés pour définir ces notions et réaliser ce travail qui réellement m'a passionné.

Comme je viens de l'exprimer, et comme j'ai pu l'évoquer à travers mon travail, j'ai éprouvé des difficultés dans la réalisation de ce dernier : définir les notions de violence et d'agressivité a été de loin la plus complexe, mais aussi celle dont je tire la plus grande leçon. Au cours de mes entretiens je pense avoir parcouru un champ assez large de notions, quand bien même la notion de valeur pourrait être approfondie.

Aussi, au terme de ce travail de recherche et émanant de mes réflexions au fil de ce dernier je proposerai la question de recherche suivante :

En quoi, la gestion des émotions des soignants, confrontés à des actes violents peut-elle permettre une meilleure prise en charge des personnes soignées ?

Bibliographie

Ouvrages :

- Bergeret, J. (1984). *La Violence fondamentale*. Paris, France : Dunod.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers*. Rueil Malmaison, France : Lamarre.
- Dabrion, M. (2011). *Raisonnement et démarche clinique infirmière : Enseignement et apprentissage*. France : De Boeck.
- Direction des journaux officiels (circulaire DH/SPE/90/N°408 du 2 octobre 1990, relative à la publication du guide de service infirmier), par le Ministère des affaires sociales et de la solidarité. Terminologie des soins infirmiers. Glossaire provisoire n°3. Guide du service infirmier.
- Michaud, F. (1978). *La violence*. Paris, France : PUF.
- Morasz, L., Perrin-niquet, A., Vérot, J.-P., & Barbot, C. (2004). *L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie*. Issy-Les-Moulineaux, France : Masson.
- Paillard, C., & Jeanguiot-Pierre-Poulet, N. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné (2ème édition)*. France : Setes.

Articles :

- Gruat, F. (2009). Les valeurs en crise. *Recherche en soins infirmiers*, 96(1), 5-7.
- Truchon, S. (2007, juillet 1). Déontologie : valeurs personnelles et professionnelles. Consulté à l'adresse <https://www.oiiq.org/valeurs-personnelles-et-professionnelles-regard-deontologique>

Textes législatifs :

- Code de la santé publique - Article R4311-5 | Legifrance. (2004, juillet 29). Repéré sur le site Legifrance section Partie réglementaire – Quatrième partie : Professions de santé – Livre III – Titre I^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière – Chapitre I^{er} – Section 1 : Actes professionnels : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Code de la santé publique - Article R4311-6 | Legifrance. (2004, juillet 29). Repéré sur le site Legifrance section Partie réglementaire – Quatrième partie : Professions de

santé – Livre III – Titre I^{er} : Profession d’infirmier ou d’infirmière – Chapitre I^{er} – Section 1 : Actes professionnels : <https://www.legifrance.gouv.fr/>

- Code de la santé publique - Article R4312-11 | Legifrance. (2004, juillet 29). Repéré sur le site Legifrance section Partie réglementaire – Quatrième partie : Professions de santé – Livre III – Titre I^{er} : Profession d’infirmier ou d’infirmière – Chapitre II – Section 2 : devoirs envers les patients : <https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers | Legifrance. (2016, novembre 25). Consulté à l’adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479578&categorieLien=id>

Pages Web :

- Centre pour la santé mentale en milieu de travail. (2016). *La communication verbale et non verbale*. Consulté à l’adresse https://www.strategiesdesantementale.com/mmhm/pdf/Articles/La_communication_verbale_et_non_verbale.pdf
- Communication (2019). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>
- CPH (Confédération des Praticiens des Hôpitaux). (2013). *La spécificité de la psychiatrie publique : Pour une politique de santé mentale humaniste et démocratique*. Repéré à l’adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_cph_-_specificite_psychaitire_publicue.pdf
- Méthode conçue par Michel Plante. Coll. Pacification des états de crise aiguë, 1999 - www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/pacification-des-etats-de-crise-aigue.html
- Probité (2019). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales en ligne*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/probit%C3%A9>
- Psychiatrie (2019). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales en ligne*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/psychiatrie>
- Psychisme (2019). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales en ligne*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/psychisme>
- Violence (2019). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales en ligne*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/violence>

Sommaire des annexes

Annexe I : Situation d'appel n°1 et questionnements associés	<i>2 pages</i>
Annexe II : Situation d'appel n°2 et questionnements associés	<i>2 pages</i>
Annexe III : Article R4311-5 – Code de la santé publique	<i>2 pages</i>
Annexe IV : Guide d'entretien	<i>2 pages</i>
Annexe V : Tableaux d'analyse des entretiens	<i>13 pages</i>
Annexe VI : Retranscription de l'entretien n°1 – IDE Unité d'hospitalisation à temps plein	<i>5 pages</i>
Annexe VII : Retranscription de l'entretien n°2 – IDE Unité d'admission fermée psychiatrique	<i>6 pages</i>

Annexe I : Situation d'appel n°1 et questionnements associés

Service d'admission de soins en santé mentale et psychiatrie.

Lors de mon tout premier stage de formation IDE je suis affecté en service d'admission fermée en psychiatrie. J'y suis pour une durée de cinq semaines. Cette situation se déroule lors de ma troisième semaine de stage. Je suis alors de matin et assiste aux transmissions avant de commencer mon service. Je devais me rendre dans la salle de soins du service, pour effectuer un bilan sang d'entrée chez une patiente venue pour état dépressif majeur. Mon infirmière référente m'y attendait.

L'avant-veille avait eu lieu l'admission d'un patient souffrant de schizophrénie, venu pour décompensation à la suite d'une rupture d'observance. Il avait été admis à la demande d'un tiers, sa sœur, car faisait preuve d'hallucinations, connues chez ce patient. Ces dernières le faisaient se prendre pour un dieu et/ou médecin. De ce fait, il avait été retrouvé dans la rue, déambulant en pyjama et agressant verbalement des passants. Alertés par des commerçants, le patient fût interpellé par les forces de l'ordre pour troubles à l'ordre public. Lors de l'interpellation le patient, étant alors dans un délire de toute puissance, ne put accepter/comprendre la contrainte imposée par les forces de l'ordre. L'amenant à être violent. Bien connu du service mais aussi des forces de polices cela ne le lui portera pas préjudice.

Ce dernier, depuis son admission le matin, avait refusé toute prise de traitements. Aussi, il avait été contraint à l'administration de neuroleptiques à visée hypnotiques en intramusculaire le soir même avant son installation en chambre de soins intensifs (CSI). Jugé dangereux pour lui-même mais aussi pour les autres patients, il était resté en CSI les deux premiers jours à l'exception d'une sortie. Le deuxième jour de son hospitalisation, la veille des faits, le patient n'avait eu le droit à une sortie que pour le goûter car trop délirant. Le lendemain (jour des faits) il lui était accordé trois sorties afin de pouvoir aller fumer.

Je me dirigeais vers la salle de soins, seul, quant à l'angle d'un couloir je tomba nez-à-nez avec le patient. Je lui dis alors bonjour et lui demande comment il va. Ce dernier ne me donna pas réponse, me dévisagea avant de, sans un mot aucun, me bousculer contre le mur. Avant même que je ne puisse réagir, il me plaqua contre ce même mur à l'aide de son avant-bras. Je me suis alors débattu comme je le pouvais, sans savoir si cela allait envenimer les choses ou bien me permettre de me délier de son emprise. Alors que lui me livrait un discours toujours aussi délirant et notamment le fait qu'il me tenait responsable de son « enfermement » en CSI.

Une infirmière avertit les autres soignants afin de me venir en aide. Le patient fût alors contentonné par différents collègues puis sédaté. Je n'eus plus le droit de m'approcher de ce patient ni de lui prodiguer des soins même en la présence d'autres soignants.

Questionnements :

- Cette situation aurait-elle pu être évitée ?
 - Quels outils auraient-pu me permettre de déceler son passage à l'acte ?
 - Que puis-je mettre en place pour que cela ne se reproduise plus ?
 - Le patient avait-il pu sentir mon appréhension ?
 - Aurais-je pu éviter cette situation ?
 - Envers qui cette violence était ciblée ?
 - La violence est-elle pour le patient un moyen de s'exprimer ?
 - Est-ce normal qu'un tel acte se produise dans un contexte de soins ?
 - Ais-je bien réagi ?
 - Sommes-nous formés face à ce type de situations ?
 - Quels sont les outils des soignants face à la violence des patients ?
 - Les soignants sont-ils vulnérables face aux patients lors d'accès de violence induits par leur pathologie ?
 - Quels sont les émotions des soignants lors d'actes de violence des patients ?
 - Quel est le rôle des soignants dans l'accompagnement de ces comportements ?
 - Quel est l'impact d'un accès de violence d'un patient envers un soignant sur la relation soignant/soigné ?
-

Annexe II : Situation d'appel n°2 et questionnements associés

Service d'urgences médico-chirurgicales adultes

En deuxième année j'ai eu l'occasion de me rendre en stage dans un service d'urgence. J'y suis allé pour une durée de dix semaines et cela m'a laissé entrevoir diverses scènes de violences. La situation vécue se déroule à ma mi-stage, je suis alors témoin dans cette situation et non acteur.

J'étais ce jour-là dans un des trois modules des urgences, traitant les pathologies médicales, infectieuses... il s'agissait d'un soir particulièrement chargé même pour ce service d'urgences. Beaucoup de patients et donc de brancards s'accumulaient dans les couloirs. Une tension émanait dû à l'attente de plusieurs d'entre eux ayant pu échanger avec leurs voisins à ce sujet. Une patiente en particulier, admise pour alcoolisation massive une demi/heure auparavant, ne put accepter l'attente de sa prise en charge. Furieuse, elle se mit à fustiger contre les soignants, les insultants dans un premier temps avant de commencer à devenir violente physiquement. Bien que plusieurs soignants eussent essayés de tempérer les choses auprès d'elle, « l'alcool aidant » elle ne sut se calmer.

Agressive, une mesure de contention a donc été prescrite et mise en place. Une fois de plus la patiente ne fut pas en mesure de cautionner et comprendre cet acte. Ayant les quatre membres contentionnés ainsi que sa taille, elle s'est alors mise à cracher sur tous les soignants passants à ses côtés. Durant près d'une demi/heure elle ne s'en lassa pas. Aussi bien qu'elle cracha plusieurs fois sur l'un des soignants à plusieurs reprises.

Excédé par une énième fois, ledit soignant, hors de lui ce saisissa alors des épaules de la patiente, afin de maintenir le peu de mobilité qu'il restait à la patiente. Avant de la malmener, la secouant, tout en lui faisant part de son dédain face au comportement puérile et totalement irrespectueux dont elle faisait preuve envers l'équipe.

Questionnements :

- Est-ce que le manque de temps à accorder aux patients tant à augmenter l'agressivité ?
- Est-ce qu'être régulièrement en contact et confronté à des scènes/expérience de violence nous rend plus vulnérables ?
- Pourquoi « acceptons-nous » de tels comportements ?
- Est-ce que des facteurs extérieurs au milieu de soins (tel que l'alcool, le stress, ...) peuvent excuser ces actes ?
- Les soignants sont-ils formés face à ses difficultés ?
- L'acte du soignant est-il compréhensible ? Est-il répréhensible ? Est-il courant ?

- Aussi je me demande s'il est en notre pouvoir de soignants de désamorcer ces crises et quels outils peut-on mettre en place pour détecter ces passages à l'acte ? Peut-on percevoir et canaliser leur raison à temps et ainsi éviter ce genre de situation ?
 - Peut-on prévenir la violence ?
 - Si un patient en vient à devenir agressif ou violent, les soignants ne sont-ils pas passés à côté de quelque chose ?
 - Au vu des nombreux actes de violences, les soignants doivent-ils avoir peur, se méfier des patients ?
 - Quelles répercussions peuvent avoir ses différents actes sur les différents acteurs ?
-

Annexe III : Article R4311-5 – Code de la santé publique

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;

- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
 - 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
 - 25° Toilette périnéale ;
 - 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
 - 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
 - 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
 - 29° Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
 - 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
 - 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
 - 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
 - 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
 - 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
 - 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
 - 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
 - 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
 - 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
 - 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
 - b) Sang : glycémie, acétonémie ;
 - 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
 - 41° Aide et soutien psychologique ;
 - 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.
-

Annexe IV : Guide d'entretien

Objectifs :

- L'IDE explique et donne sa propre définition/perception de ce qu'est la violence et la distinction qu'il existe entre cette notion et l'agressivité.
- L'IDE présente une situation où il a été confronté à une situation de violence.
- L'IDE évoque son ressenti/vécu face à la violence lors de son expérience.
- L'IDE exprime alors ses conclusions quant à cet événement, avec du recul.
- L'IDE partage et explique quels ont été les conséquences de cet événement sur la relation soignant-soigné.
- L'IDE met en lumière les stratégies et/ou mécanismes mis en place pour pallier ces conséquences.

Déroulé de l'entretien :

Introduction :

- Présentation
- Annonce du sujet de travail de recherche
- Pose du cadre de l'entretien : garantie de l'anonymat et obtention du consentement concernant l'enregistrement audio

Questions :

- Pour vous, qu'est-ce que la violence ?

Définition

Existe-t-il différents types de violences ?

(Faites-vous une différence avec la violence en psychiatrie, spécificités de la violence en psychiatrie ?)

- Existe-t-il une dissociation/différence entre agressivité et violence ?

Si oui laquelle ?

- Pourriez-vous me décrire une situation où vous avez été confronté à de la violence (lors d'un soin) ?

Comment avez-vous réagi ?

Comment l'avez-vous vécu/ressenti ? Étais-ce comme une agression envers vous, la blouse blanche, étais-ce un délire ?

Avec du recul ?

- En quoi cela a-t-il impacté vos relations avec le patient ? Quelles ont été les conséquences ?

Avez-vous dû adapter votre communication par la suite ? Mettre en place des stratégies, si oui lesquelles ?

Est-ce que vous en tirez des « leçons », à quoi est-ce que vous feriez plus attention face à une situation similaire ?

- Annonce de la question de départ : En psychiatrie, en quoi la violence d'un patient, dans un contexte de soins, peut-elle impacter la relation soignant-soigné ?

Cette question vous évoque-t-elle des sujets que nous n'aurions pas abordés ?

Conclusion :

- Avez-vous des choses à ajouter ?
 - Remerciements
 - Nouvelle garantie de l'anonymat
-

Annexe V : Tableaux d'analyses des entretiens

Au sein de cette analyse les deux entretiens ont été confondus. Aussi, afin de dissocier les propos de chacun, les éléments écrits en « *Italiques* » rapportent les propos de l'IDE 1 et ceux en « noirs » de l'IDE 2.

Objectif n°1 : Relater ce qu'évoque la notion de « violence », ses caractéristiques et ses différentes formes chez les soignants, ainsi que la distinction avec la notion d'« Agressivité ».

Violence	Définition	<p>« <i>la violence c'est sur plusieurs aspects</i> ».</p> <p>« Qu'est-ce que c'est la violence ... La violence déjà je la caractériserais en plusieurs types. Je pense qu'elle peut-être de plusieurs natures ».</p>
	Dissociation entre violence et agressivité	<p>« <i>Il y en a sûrement une, dans la définition écrite oui il y en a une ... après je ne suis pas capable de te la dire, là ...</i> ».</p> <p>« Après la violence tu vois justement j'avais travaillé un petit peu là-dessus, c'est aussi à différencier de l'agressivité. ».</p> <p>« L'agressivité c'est plus un espèce de mécanisme qu'on a, un mécanisme propre à nous de défense un petit peu. La violence c'est différent, il y a plus cette notion de... comment je pourrais dire ça, il y a plus cette notion de passage à l'acte, d'acte violent que je n'aurais pas retrouvé forcément dans l'agressivité. ».</p> <p>« l'agressivité je voyais ça comme un mécanisme de défense naturel, un instinct de survie un petit peu ».</p>
	Violence physique	<p>« <i>On peut avoir l'aspect physique où là c'est vraiment, ... on va dire violence physique donc oui c'est tout ce qui va être aggression, ... en venir aux mains</i> ».</p> <p>« ça peut être physique ».</p>

Violence	Violence verbale	<p>« Et il y a aussi la violence verbale où là c'est juste, ... bah le poids des mots qui peut être porté aux autres ou même envers soi-même ».</p> <p>« ça peut être verbale ».</p>
	Violence psychique	« il y a des violences psychiques aussi dans les mots qui sont utilisés ».
	Violence en psychiatrie, manifestations de la violence en psychiatrie	<p>« Pas dans le but de faire du mal parce que si on reste dans le thème, fin dans le cadre de la santé mentale ... parfois c'est un moyen aussi de soulager des angoisses, de s'apaiser parce qu'on ne sait pas comment s'apaiser autrement qu'en passant par la violence ».</p> <p>« dans le cadre de la psychiatrie ... une grande part de la violence c'est parce que la personne n'arrive pas à apaiser un mal-être ou un malaise qu'il y a de présent et du coup, en arriver à ce stade-là ».</p> <p>« Ça a provoqué de la frustration et là, frustrée elle a quitté le centre de soins en claquant la porte en criant ».</p> <p>« elle a quitté la pièce très énervée, elle n'a pas réussi à temporiser les choses ».</p> <p>« elle s'est rendu compte que ce geste là (le fait d'avoir claqué la porte) c'était plus fort qu'elle et qu'elle n'a pas réellement contrôlé cet excès de violence ».</p> <p>« dans certains cas, ça peut aussi être un côté très démonstratif ou des choses comme ça ».</p> <p>« le refus du second beurre avait été un élément déclencheur ».</p> <p>« Il y a quand même pas mal de violence ».</p> <p>« Ce sont vraiment des situations auxquelles tu n'es pas confronté dans la vie quotidienne ».</p> <p>« mais oui la violence tu la ressens de manière beaucoup plus intense que dans la vie quotidienne. ».</p> <p>« on est souvent sollicités, on se fait souvent appeler pour intervenir ».</p>

Violence		<p>« souvent les réactions de violence, très souvent ça arrive dans des moments de délire fin même dans la quasi-totalité des interventions que j'ai eues ».</p>
	Violence en dehors du champ de la psychiatrie	<p><i>« Après, dans d'autres contextes on peut parler aussi d'une violence là plus volontaire, quand les gens sont un peu sanguins et vont vouloir en venir assez facilement aux mains ».</i></p> <p><i>« Tout en sachant aussi qu'il y a le côté où la personne peut être en capacité de gérer ses réactions et de se dire, bon bah je n'aurais pas dû dire ça ».</i></p> <p>« On en rencontre quand même beaucoup moins dans le quotidien ».</p> <p>« il y a plein de situations auxquelles je n'ai pas été confronté au cours de ma vie et que j'ai rencontré en psychiatrie ».</p>
	Sujet / Objectivation de la violence, Etiologie	<p><i>« Auto-agressivité ».</i></p> <p><i>« Ce qu'on cherche à abaisser par le biais de cette violence ».</i></p> <p><i>« soit violence physique envers les autres soit envers soi-même ».</i></p> <p><i>« pas entre eux et nous non plus, mais à la place de frapper dans les murs, les meubles... ».</i></p> <p>« Après ça dépend... je pense que ça dépend aussi de l'endroit où tu vas parce que c'est marrant j'étais à Vannes et c'était pareil, j'étais dans une unité d'admission fermée et la violence je ne la ressentais pas du tout de la même manière. Ce n'était pas le même type de population donc ça varie vachement. Là à Rennes la symptomatologie est très marquée, il y a des patients qui sont très violents. ».</p> <p>« Des fois... ça dépend de la pathologie aussi je dirais ».</p>

<p>Violence</p>	<p>Expériences rencontrées par les soignants</p>	<p>« Violence physique envers soi j'ai pu être témoin. ».</p> <p>« Par exemple, une patiente qui n'arrivait pas à s'apaiser du tout, même en prenant des traitements, même en discutant avec elle, elle n'arrivait pas à exprimer ce qui lui faisait du mal. »</p> <p>« dans cette situation-là elle, s'était frappé la main contre le sol de sa chambre. Ça c'est une première situation, ou il y a aussi ... une patiente qui vient au centre de soins et qui demande ... quelque chose qu'on ne peut pas lui fournir, un traitement qu'on lui avait déjà donné peu de temps de temps avant. Donc on ne peut pas lui en redonner au risque de la surdoser. ».</p> <p>« Et cette dame-là voulait prendre un deuxième beurre parce qu'elle n'allait rien manger d'autre. Je lui ai refusé ça et donc elle a très mal réagi disant « Vous allez me laisser mourir de faim... », ce refus ne lui a pas plu, elle est partie du self en balançant son plateau, puis elle a été se réfugier dans le fond du parc a pleuré et a arraché de l'herbe. »</p> <p>« C'était un appel en renfort que j'avais eu sur une unité, parce qu'au final on est souvent sollicités, on se fait souvent appeler pour intervenir. Et on nous prévient, à l'avance il nous prévienne un peu de la situation. Donc là ils nous expliquent que le patient fait un mètre quatre-vingt-dix, que c'est une boule de muscle et que ça allait être quand même plutôt chaud, il avait réussi à se décontenionner d'un bras, il était à la douche et il avait les contentions en mode menottes un peu et s'étant décontenionné d'un bras il se servait de la contention comme un fouet. Donc on arrive dans l'unité et là le patient nous attendait derrière la porte de la salle de bain, il y avait un petit hublot et il nous attendait ».</p> <p>« On s'est décidé à prendre un matelas pour le plaquer. Il fallait vraiment minimiser le risque qu'il se fasse mal, qu'on se fasse mal et tout, donc on a ouvert la porte on a foncé avec le matelas, on l'a plaqué. Il se débattait et il y a eu des coups qui sont partis ».</p>
------------------------	--	--

Objectif 2 : Exposer le ressenti, le vécu, des soignants alors confrontés à une situation de violence.

<p>Le ressenti</p>	<p>Types de violences envers les soignants</p>	<p>« ... alors violence physique je n'ai pas été confrontée à ça mais c'est plus des violences verbales donc, envers les soignants ».</p> <p>« « Allez-vous faire ***** », donc là c'est sur la violence verbale dans ces cas-là. ».</p> <p>« Elle est partie en claquant la porte, là oui c'était directement adressé à nous ».</p> <p>« Elle s'est mise à m'hurler dessus, à m'insulter limite... elle se retenait mais elle pensait très fort toutes les insultes qu'elle me disait ».</p> <p>« Autant au niveau psychique, t'as des coups physiques aussi ».</p> <p>« En revanche tu as plus des bipolaires phase hypomanes qui peuvent te toucher aussi. C'est pareil il y a de la violence verbale des choses comme ça. ».</p> <p>« le patient peut avoir un mauvais objet, ça peut-être toi ».</p>
	<p>Emotionnellement / Emotions / Sentiments</p>	<p>« Dans un premier temps ça peut me toucher personnellement ».</p> <p>« cette situation-là elle m'a mise très, très mal vis-à-vis de ma pratique. Quand je suis rentrée chez moi j'ai quand même pleuré, j'étais tendue ».</p> <p>« Parce que quelquefois c'est chaud ».</p> <p>« Ouai, il y en a une qui m'a pas mal marquée, fin j'en ai plein qui m'ont pas mal marqué parce qu'il y en a pas mal quand même ... »</p> <p>« Franchement je suis arrivé là, personne n'était serein tu sentais que l'ambiance était pas du tout sereine. ».</p> <p>« mine de rien c'est vachement violent. Fin moi je sais que psychologiquement parlant tu vois ça m'a fait bizarre. ».</p>

		<p>« D'être à je ne sais pas combien de mecs, tu sais que le patient est délirant et tout mais c'est vachement violent autant pour toi que pour lui. ».</p> <p>« J'ai des collègues que j'ai déjà vus qui ont fini en larmes par rapport au fait que des patients soit vraiment violents verbalement ».</p> <p>« ça te fout les boules. ».</p> <p>« il y avait un gros mal-être qui s'installait, en fait on n'était pas bien avec le patient et puis ça arrive en fait, ça peut arriver ».</p>
Le ressenti	Incompréhension et impuissance	<p><i>« donc bon bah soit, tu restes là comme ça. ».</i></p> <p><i>« qu'est-ce que j'ai mal fait, qu'est-ce que j'ai mal dit ».</i></p> <p><i>« je me suis dit mais qu'est-ce que j'ai fait pour me faire insulter comme ça ? ».</i></p> <p>« Des fois tu ne sais pas quoi faire ».</p> <p>« Moi je me suis déjà retrouvé démuné face à des patients des fois, limite les larmes aux yeux »</p>
	Remise en question	<p><i>« dans un premier temps il y a un peu de remise en question, savoir s'il y a eu quelque chose de raté en fait, de manqué ».</i></p> <p><i>« sur ma pratique professionnelle en fait ».</i></p> <p>« nous les soignants on n'est pas infaillibles non plus, on se questionne, fin je sais qu'ils se questionnaient sur est-ce que je suis toujours soignant avec lui ».</p> <p>« tu as l'impression que ta prise en charge elle n'est pas optimale ».</p> <p>« Tu as l'impression de ne plus aider la personne et d'être, fin que tu n'arrives même pas à te protéger derrière ta blouse blanche ou ton étiquette « professionnel » ... ».</p>
	Analyse sur le moment	<p><i>« là j'étais en incapacité d'apaiser la situation ».</i></p> <p><i>« donc ce n'était pas le moment pour essayer de comprendre les choses avec elle ».</i></p> <p>« En fait on est resté un quart d'heure à savoir comment on allait agir, comment ça allait se passer. ».</p>

Objectif 3 : Formuler la prise de recul des professionnels vis-à-vis des situations auxquelles ils ont été confrontés

<p>Prise de recul, mise à distance</p>	<p>Rationalisation</p>	<p><i>« Et après dans un second temps je me rappelle qu'on est quand même dans un contexte de santé mentale, que les gens aussi sont pas forcément dans un état de stabilité au niveau des réactions et je reprends la pathologie de la personne ».</i></p> <p><i>« c'est plus aussi ... qu'il y a certaines personnes qui n'acceptent pas d'entendre certaines vérités même si c'est amené d'une manière plutôt douce ou soignante, avec les formes ».</i></p> <p><i>« parce qu'on sait très bien que les patients qui sont présents ils ont une grande souffrance. Parfois ils ont besoin de craquer, ça déborde un peu ».</i></p> <p><i>« bon c'était certes adressé à l'équipe soignante et à moi ».</i></p> <p><i>« il y a aussi le côté pathologique de la personne ».</i></p> <p><i>« au final quand tu sais pourquoi tu le fais vraiment ça le fait ».</i></p> <p><i>« en fait il faut réfléchir après au sens des choses que tu fais. Et puis je me disais c'est que le mec était vraiment délirant ».</i></p>
	<p>Rôle de l'équipe soignante</p>	<p><i>« Heureusement qu'il y a une équipe qui est là pour t'aider à encaisser »</i></p> <p><i>« Et donc finalement il faut réfléchir, il ne faut pas laisser le truc, sans tabou il faut en parler, il ne faut pas hésiter à en parler ».</i></p>
	<p>Distance professionnelle</p>	<p><i>« Ça (Contexte de santé mentale) permet aussi de se dire bon bah en fait ce n'est pas forcément moi en tant que soignante ou ma blouse blanche qui a posé problème ».</i></p>
	<p>Notion de devoir</p>	<p><i>« En tant que soignant, on se doit de ne pas rester sur ces comportements-là ».</i></p>

		<p>« Après tu prends du recul là-dessus hein, tu sais que tu es là pour le soigner et tout mais bon ça fait bizarre d'intervenir de cette façon ».</p> <p>« Là clairement ça ne va pas, tu es obligé d'intervenir il va se faire mal, il va nous faire mal. Tu es obligé d'intervenir et en fait tu t'appuies là-dessus ».</p> <p>« tu te protèges aussi par rapport à ça en te disant que le patient tu es là pour le soigner, c'est ce que tu fais c'est légitime. ».</p> <p>« et puis voilà tu es là pour le soigner ».</p>
--	--	--

Objectif 4 : Relever les conséquences et influences des situations de violence sur la relation soignant-soigné.

<p>Impact sur la relation soignant-soigné</p>	<p>Changement d'attitude / Impact constaté par le soignant</p>	<p>« Et du coup j'appréhendais mon retour en fait après au travail et de revoir cette patiente-là. J'avais limite peur d'être reconfrontée à cette patiente-là. Dans un premier temps, je ne m'occupais pas d'elle ».</p> <p>« J'ai salué le fait qu'elle soit revenue d'elle-même vers moi, qu'elle se soit excusée ».</p> <p>« Et sur les semaines qui ont suivi, j'avais quand même du mal à revenir vers elle, en tant que soignante je bloquais un petit peu et même en me forçant je n'étais pas au plus à l'aise. ».</p> <p>« tu essaies de prendre de la distance »</p> <p>« il peut y avoir un impact si la violence devient trop importante, fin on reste humain ça peut nous impacter ».</p> <p>« ça t'impacte on n'est pas des robots, on n'est pas des pierres. »</p> <p>« ça l'impacte comme ça parce qu'en fait tu te poses la question de savoir si tu es toujours dans le soin tu vois et ... si tu te poses cette question-là c'est que ... fin tu te dis que c'est chaud quoi. ».</p>
	<p>Changement d'attitude / Impact patient</p>	<p>« elle a refusé de me parler ».</p> <p>« Ce sont des moments de délires où les patients partent totalement en live et puis tu les revois deux jours après, ils ne se souviennent pas des faits. C'est très rare qu'ils s'en rappellent donc finalement la relation moi je ne l'ai pas forcément ressentie comme altérée. ».</p> <p>« Ça dépend, c'est propre à la pathologie aussi je pense, sur des psychoses un peu moins ... ouai ça dépend de la personne et de la pathologie ».</p> <p>« parce que sur des personnes bipolaires j'ai ressenti plus cet impact sur la relation que t'avais ».</p>

Impact sur la relation soignant-soigné		<p>« une perte de confiance un peu entre le patient et moi ».</p> <p>« Quand il y a eu des interventions où il a fallu recadrer, là ils s'en souviennent et ça les a embêtés de la façon dont ça s'est déroulé donc il ne te parle pas forcément, ils peuvent t'éviter ».</p> <p>« fin ça peut créer des tensions ».</p>
	Ressenti patient	<p><i>« elle a expliqué que la journée avait été longue pour elle ».</i></p> <p><i>« et quelques heures après que je sois revenue, c'est elle qui a demandé à me voir en entretien. Elle a présenté d'elle-même ses excuses ».</i></p> <p>« Il ne va certainement pas se rappeler de cet épisode mais certains s'en rappellent et c'est vachement violent, surtout au niveau psychologique. »</p> <p>« Si c'est moi le persécuteur, si je vois que je suis le persécuteur je ne vais pas insister et un collègue prend le relais. On le fait de façon à ce que le patient s'apaise ».</p> <p>« mais c'est vachement violent autant pour toi que pour lui. »</p>

Objectif 5 : Mettre en évidence les éléments, outils et mécanismes ayant facilités et permis de décanter les situations rencontrées

Outils, mécanismes et stratégies	Accompagnement, échange et communication	<p><i>« et même si l'échange, la communication ne l'apaisait pas ».</i></p> <p><i>« essayer de comprendre ce qu'il se passait ».</i></p> <p><i>« déclencher des rencontres soignants et patients pour en fait essayer de comprendre ce qui ne va pas, d'apaiser les choses, de savoir ce qui bloque si ça ne s'apaise pas tout seul. Ça va être à nous, soignants, de provoquer un entretien un échange pour qu'on puisse savoir ce qui ne va pas et comment on peut faire pour apaiser les choses ».</i></p> <p><i>« je propose toujours un temps pour essayer de verbaliser. C'est important que ça passe par la verbalisation aussi avant d'en venir à l'acte, à l'intervention ou même à la thérapeutique médicamenteuse ».</i></p> <p><i>« tu prends le temps de parole. Il faut qu'il y ait cette désescalade de la montée en tension, tu essaies de comprendre les choses, pourquoi ? Tu travail sur les émotions. ».</i></p>
	(Ré)-Assurance / présence soignante	<p><i>« soit de rester avec elle ».</i></p> <p><i>« aller la voir ».</i></p>
	Mise en retrait / Diminution des sollicitations	<p><i>« On essaye au mieux, soit de la mettre dans une chambre pour qu'elle s'apaise ».</i></p> <p><i>« bien juste le fait de l'avoir laissée cinq minutes elle revient après ou elle sort ... ».</i></p> <p><i>« tu n'es pas obligé d'être avec lui H24 ; les personnes ont besoin d'être seules parfois ».</i></p>

	<p>Travail en équipe</p>	<p><i>« et ce sont mes collègues qui ont pris le relais ».</i></p> <p><i>« Cette situation-là du coup tombait sur ma fin de service, donc j'ai laissé mes collègues gérer, moi je suis partie »</i></p> <p>« ils demandent des hommes parce que des fois il y a besoin d'intervenir ».</p> <p>« puis un collègue prend le relai ».</p> <p>« si jamais ça part trop en live tu appelles le médecin qui essaye de voir avec lui, le médecin a toujours un impact un peu plus fort que nous les infirmiers. »</p> <p>« il ne faut pas hésiter à passer le relais aux collègues, ce n'est pas de la faiblesse ou quoi que ce soit. C'est un besoin ».</p> <p>« Tu appelles des renforts ».</p>
	<p>Notion d'expérience professionnelle / Rôle des formations</p>	<p><i>« est-ce que c'est moi aussi qui progressais de mon côté au niveau professionnel vu que j'étais encore jeune diplômée je ne sais pas ».</i></p> <p><i>« Il y a toujours des, fin en grande majorité, il y a toujours des solutions pour apaiser cette violence. Et souvent elle est expliquée aussi, il y a quelque chose qui justifie cette violence-là, si on gratte un peu il y forcément moyen de trouver quelle est la cause et comment la traiter ou du moins comment l'apaiser. ».</i></p> <p>« Je pense qu'il faut savoir prendre de la distance à ce moment-là ».</p> <p>« D'ailleurs il n'y a pas beaucoup de formation là-dessus, pas avant d'arriver en psychiatrie en tous cas. Tu les as après au fur et à mesure des années ».</p>

	<p>Notion de temps</p>	<p><i>« Et ça s'est décanté en fait tout seul... je ne sais pas par quel moyen, quel processus mais au bout d'un temps bah l'échange se faisait plus facilement ».</i></p> <p>« et puis en fait ... le truc ça se passe, au final ».</p> <p>« tu laisses un temps d'apaisement ».</p> <p>« à ce niveau-là le temps que ça s'apaise ».</p>
	<p>Thérapeutiques (médicamenteuses/non- médicamenteuses)</p>	<p><i>« on se questionnait sur l'achat d'un sac de frappe »</i></p> <p>« Donc oui tu as plusieurs solutions à mettre en place et puis dans le dernier des cas c'est une mise en contention si ça part vraiment trop en live et que le patient de vient ingérable, qu'il n'entend plus rien, qu'il est inaccessible ».</p> <p>« souvent il y a des traitements en si besoin ».</p> <p>« si ça ne marche pas à ce moment-là tu peux proposer le traitement ».</p>

Annexe VI : Retranscription entretien n°1

Entretien réalisé auprès d'une IDE psychiatrique travaillant en structure d'hospitalisation à temps plein.

ESI : Alors on va commencer ... donc mon mémoire traite de la violence dans un contexte de psychiatrie, la violence que sont amenés à rencontrer les professionnels, les soignants dans le domaine de la psychiatrie. J'ai donc quelques questions à te poser à ce sujet.

IDE : Ok !

ESI : J'ai vu avec mon guidant MIRSI qui m'a conseillé de ne pas dire ma question de départ dès le début de l'entretien, donc je te la redirai à la fin.

IDE : Ok, d'accord.

ESI : Alors, pour toi qu'est-ce que la violence ? Est-ce que tu saurais me la définir ?

IDE : Alors ... la violence c'est sur plusieurs aspects, on va dire ça comme ça. On peut avoir l'aspect physique où là c'est vraiment, ... on va dire violence physique donc oui c'est tout ce qui va être agression, ... en venir aux mains en fait. Pas forcément frapper mais ... c'est soit violence physique envers les autres soit envers soi-même. On parle d'auto-agressivité on peut dire ça. Et il y a aussi la violence verbale où là c'est juste, ... bah le poids des mots qui peut être porté aux autres ou même envers soi-même également, toujours dans un but de faire du mal ou de rabaisser, ce qu'on cherche à abaisser par le biais de cette violence.

ESI : Ok... donc la violence pour toi ça reste quelque chose dans le but ... fin ce mécanisme là il se met en place dans le but de faire le mal ou ce n'est pas toujours le cas, c'est ... ?

IDE : Pas dans le but de faire du mal parce que si on reste dans le thème, fin dans le cadre de la santé mentale ... parfois c'est un moyen aussi de soulager des angoisses, de s'apaiser parce qu'on ne sait pas comment s'apaiser autrement qu'en passant par la violence donc... Après, dans d'autres contextes on peut parler aussi d'une violence là plus volontaire, quand les gens sont un peu sanguins et vont vouloir en venir assez facilement aux mains. Mais là surtout si on revient dans le cadre de la psychiatrie ... une grande part de la violence c'est parce que la personne n'arrive pas à apaiser un mal-être ou un malaise qu'il y a de présent et du coup, en arriver à ce stade-là.

ESI : Yes. Est-ce qu'il existe pour toi une dissociation ou en tout cas une différence entre agressivité et violence ?

IDE : (silence) ... il y en a sûrement une, dans la définition écrite oui il y en a une ... après je ne suis pas capable de te la dire, là ... je suis dans l'incapacité de te le dire.

ESI : Pas de soucis, je comprends. Est-ce que tu pourrais me décrire une situation où tu as été, toi, confrontée à de la violence, que ce soit lors d'un soin spécifique ou non ? Est-ce qu'il y a une situation qui te vient à l'esprit ?

IDE : Il y en a plusieurs hein ... alors violence physique je n'ai pas été confrontée à ça mais c'est plus des violences verbales donc envers les soignants. Violence physique je n'ai pas été témoin de ça, fin physique envers une autre personne. Violence physique envers soi j'ai pu être témoin. Par exemple, une patiente qui n'arrivait pas à s'apaiser du tout, même en prenant des traitements, même en discutant avec elle, elle n'arrivait pas à exprimer ce qui lui faisait du mal. On essaye au mieux, soit de la mettre dans une chambre pour qu'elle s'apaise, soit de rester avec elle, et même si l'échange, la communication ne l'apaisait pas et bien juste le fait de l'avoir laissée cinq minutes elle revient après ou elle sort ... et dans cette situation-là elle, s'était frappé la main contre le sol de sa chambre. Ça c'est une première situation, ou il y a aussi ... une patiente qui vient au centre de soins et qui demande ... quelque chose qu'on ne peut pas lui fournir, un traitement qu'on lui avait déjà donné peu de temps de temps avant. Donc on ne peut pas lui en redonner au risque de la surdoser. Ça a provoqué de la frustration et là, frustrée elle a quitté le centre de soins en claquant la porte en criant « Allez-vous faire ***** », donc là c'est sur la violence verbale dans ces cas-là.

ESI : Oui, je vois. Si je reformule ma question, est-ce que toi personnellement tu as été victime, tu as fait l'objet de violence, même si c'était pour exprimer une souffrance de la personne... est-ce que c'était orienté vers toi ?

IDE : Bah le cas où la patiente est partie en criant « Allez vous faire ***** », et a claqué la porte, oui. Alors, plus adressé à la frustration qu'on a provoquée parce que ... elle a quitté la pièce très énervée, elle n'a pas réussi à temporiser les choses donc bon bah soit, tu restes là comme ça. Elle est partie en claquant la porte, là oui c'était directement adressé à nous. Après quand, elle, elle a pu se poser de son côté pendant une petite demi-heure, elle est revenue, bon c'était certes adressé à l'équipe soignante et à moi ...(inaudible)... puis elle s'est rendu

compte que ce geste là (le fait d'avoir claqué la porte) c'était plus fort qu'elle et qu'elle n'a pas réellement contrôlé cet excès de violence là. Je ne sais pas si ça a bien répondu ou pas ?

ESI : Non non, mais très bien. Cette situation-là, comment est-ce que tu l'as vécue toi, ressentie en tout cas, en tant que soignante ? Est-ce que tu as su percevoir sur le moment que c'était une agression envers toi, la blouse blanche où est-ce que c'était dans un délire, un moment de souffrance ?

IDE : Dans un premier temps ça peut me toucher personnellement, on va dire, sur ma pratique professionnelle en fait à savoir, qu'est-ce que j'ai mal fait, qu'est-ce que j'ai mal dit peut-être ... donc dans un premier temps il y a un peu de remise en question, savoir s'il y a eu quelque chose de raté en fait, de manqué. Et après dans un second temps je me rappelle qu'on est quand même dans un contexte de santé mentale, que les gens aussi sont pas forcément dans un état de stabilité au niveau des réactions et je reprends la pathologie de la personne où dans certains cas, ça peut aussi être un côté très démonstratif ou des choses comme ça. Ça permet aussi de se dire bon bah en fait ce n'est pas forcément moi en tant que soignante ou ma blouse blanche qui a posé problème c'est plus aussi ... qu'il y a certaines personnes qui n'acceptent pas d'entendre certaines vérités même si c'est amené d'une manière plutôt douce ou soignante, avec les formes, même si le fond qu'on voulait lui dire a bien été dit, il y a aussi le côté pathologique de la personne. Tout en sachant aussi qu'il y a le côté où la personne peut être en capacité de gérer ses réactions et de se dire, bon bah je n'aurais pas dû dire ça.

ESI : Eh bien justement tu m'as dit qu'il y'avait potentiellement une remise en question et j'avais comme question en quoi cela a impacté vos relations avec le patient, quelles en ont été les conséquences ? Est-ce que tu as dû t'adapter, adapter ta communication par la suite, mettre en place des stratégies ?

IDE : Ah... Bah ça me rappelle une autre situation en fait, je peux ?

ESI : Oui, je t'en prie.

IDE : C'est ... J'avais six mois d'expérience dans la clinique et il y avait une patiente qui était là pour dépression profonde, je crois et il y avait un côté hystérisiforme, même si on ne doit plus employer ce terme-là. L'organisation au self fait que, lorsque les patients se présentent, il leur est donné un beurre. Et cette dame-là voulait prendre un deuxième beurre parce qu'elle n'allait rien manger d'autre. Je lui ai refusé ça et donc elle a très mal réagi disant « Vous allez me laisser mourir de faim... », ce refus ne lui a pas plu, elle est partie du self en balançant son

plateau, puis elle a été se réfugiée dans le fond du parc, a pleuré et a arraché de l'herbe. Quand j'ai voulu aller la voir pour essayer de comprendre ce qu'il se passait, même si je savais que le refus du second beurre avait été un élément déclencheur en fait, elle a refusé de me parler, elle s'est mise à m'hurler dessus, à m'insulter limite... elle se retenait mais elle pensait très fort toutes les insultes qu'elle me disait. Donc là j'étais en incapacité d'apaiser la situation parce que dès que je m'approchais, elle, elle reculait et criait encore plus fort. Dès que j'essayais en fait de prononcer juste un mot, en parlant très bas pour essayer de la faire temporiser un petit peu, elle était vraiment fermée à tout entendre donc ce n'était pas le moment pour essayer de comprendre les choses avec elle et ce sont mes collègues qui ont pris le relais. Cette situation-là du coup tombait sur ma fin de service, donc j'ai laissé mes collègues gérer, moi je suis partie, mais cette situation-là elle m'a mise très, très mal vis-à-vis de ma pratique. Quand je suis rentrée chez moi j'ai quand même pleuré, j'étais tendue parce que je me suis dit mais qu'est-ce que j'ai fait pour me faire insulter comme ça ? Et du coup j'appréhendais mon retour en fait après au travail et de revoir cette patiente-là. J'avais limite peur d'être reconfrontée à cette patiente-là. Dans un premier temps, je ne m'occupais pas d'elle et quelques heures après que je sois revenue, c'est elle qui a demandé à me voir en entretien. Elle a présenté d'elle-même ses excuses, fin elle a expliqué que la journée avait été longue pour elle... là de toute façon, en tant que soignant, on se doit de ne pas rester sur ces comportements-là parce qu'on sait très bien que les patients qui sont présents ils ont une grande souffrance. Parfois ils ont besoin de craquer, ça déborde un peu, bon elle, elle a beaucoup débordé, fin voilà. J'ai salué le fait qu'elle soit revenue d'elle-même vers moi, qu'elle se soit excusée. Et sur les semaines qui ont suivi, j'avais quand même du mal à revenir vers elle, en tant que soignante je bloquais un petit peu et même en me forçant je n'étais pas au plus à l'aise. Et ça s'est décanté en fait tout seul... je ne sais pas par quel moyen, quel processus mais au bout d'un temps bah l'échange se faisait plus facilement. Lors de la distribution des traitements, elle participait à des groupes de paroles que j'animais et ça se faisait tout seul, beaucoup mieux. Alors, elle était plus détendue, est-ce que c'est avec l'amélioration de son état mental où ça a aidé aussi, est-ce que c'est moi aussi qui progressais de mon côté au niveau professionnel vu que j'étais encore jeune diplômée je ne sais pas, mais ça s'est décanté au fil des semaines.

ESI : Ok parfait... donc en fait si je reprends tes propos, tu le dis bien, il n'y a pas eu de stratégie en tant que telle de mise en place, ça s'est décanté au fur et à mesure, dans cette situation là en tout cas...

IDE : Oui totalement.

ESI : Eh bien moi je te propose de te donner ma question de départ du coup ; donc c'est en psychiatrie, en quoi la violence d'un patient, dans un contexte de soins, peut-elle impacter la relation soignant-soigné ? Donc voilà, est-ce qu'éventuellement tu aurais des choses à ajouter, est-ce que ça t'évoque quelque chose cette question-là ?

IDE : Euh... Alors attends, je réfléchis... parce que là je t'ai parlé d'une situation où ça s'est décanté tout seul. Après si on arrive sur des moments de violences envers les autres qui sont à répétitions, là on peut quand même être amenés à, enfin à la clinique c'est ce qui peut se passer, à déclencher des rencontres soignants et patients pour en fait essayer de comprendre ce qui ne va pas, d'apaiser les choses, de savoir ce qui bloque si ça ne s'apaise pas tout seul. Ça va être à nous, soignants, de provoquer un entretien un échange pour qu'on puisse savoir ce qui ne va pas et comment on peut faire pour apaiser les choses. Là à la clinique ce qu'il se passe c'est qu'on se questionnait sur l'achat d'un sac de frappe...

ESI : Ah oui ?!

IDE : ... pour que les patients à la place d'aller frapper, pas entre eux et nous non plus, mais à la place de frapper dans les murs, les meubles... Donc ça peut aussi être un moment de dépense. On a pas mal de ..., on a une patiente qui avait tendance à se faire du mal et son compagnon lui a amené des gants de boxes. Donc bon, elle a continué mais avec des gants de boxes...

ESI : Oui, un exutoire.

IDE : Il y a toujours des, fin en grande majorité, il y a toujours des solutions pour apaiser cette violence. Et souvent elle est expliquée aussi, il y a quelque chose qui justifie cette violence-là, si on gratte un peu il y forcément moyen de trouver quelle est la cause et comment la traiter ou du moins comment l'apaiser.

Annexe VII : Retranscription de l'entretien n°2

Entretien réalisé auprès d'un IDE psychiatrique travaillant au sein d'une unité d'admission fermée.

ESI : Pour introduire l'entretien est-ce que tu saurais me définir ce qu'est la violence, qu'est-ce que ça représente pour toi ?

IDE : Qu'est-ce que c'est la violence ... La violence déjà je la caractériserais en plusieurs types. Je pense qu'elle peut-être de plusieurs natures, ça peut être verbale, ça peut être physique, il y a des violences psychiques aussi dans les mots qui sont utilisés. Après la violence tu vois justement j'avais travaillé un petit peu là-dessus, c'est aussi à différencier de l'agressivité. L'agressivité c'est plus un espèce de mécanisme qu'on a, un mécanisme propre à nous de défense un petit peu. La violence c'est différent, il y a plus cette notion de... comment je pourrais dire ça, il y a plus cette notion de passage à l'acte, d'acte violent que je n'aurais pas retrouvé forcément dans l'agressivité. Après tu vois tu pourras refaire des recherches sur les deux termes mais je pense ...

ESI : Eh bien écoute il se trouve que la dissociation entre violence et agressivité faisait partie de ce que je voulais qu'on aborde et j'ai moi-même effectuer des recherches à ce sujet et ... c'est « marrant » parce que moi je faisais... fin c'était un peu l'inverse de ce que tu viens de me dire, de ce que j'en avais compris du moins. C'était que la violence était plus intrinsèque à ...comme un mécanisme de défense en fait, c'est quelque chose qui pouvait être présent chez beaucoup de gens et ... mais le passage à l'acte violent en soit, lui-même ce n'est pas quelque chose qu'on va retrouver chez toi, chez moi, chez tout le monde...

IDE : Ouai, ok !

ESI : Pour autant l'agressivité là par contre c'est quelque chose qui va être potentiellement plus ... elle s'apparente à une pulsion.

IDE : Ah ouai ... Bah c'est vrai que des lectures que j'en avais faites j'en avais retenu l'inverse mais après c'est possible, dans l'idée. C'est le souvenir que j'en ai en tout cas sur l'agressivité je voyais ça comme un mécanisme de défense naturel, un instinct de survie un petit peu tu vois. Fin bon voilà, il doit y avoir des écrits différents selon les auteurs, selon plein de trucs donc ouai.

ESI : Et tu me parlais de différents types de violences, est-ce que tu fais aussi une différence avec la violence en psychiatrie, spécifiquement ?

IDE : En psychiatrie ? Par rapport à d'autres services tu dirais ou à d'autres... ?

ESI : Par rapport à d'autres services oui ou au quotidien en fait, la violence à laquelle on est confronté en tant qu'individu ... ce qu'elle a de particulier en psychiatrie.

IDE : Ta question c'est est ce que je ressens plus de violence en psychiatrie que dans un autre milieu ou ... ?

ESI : Oui d'un sens ça peut-être ça oui... en fait ... Comment on l'interprète du fait que ce soit en psychiatrie, que ce soit vécu en psychiatrie et que ce n'est pas quelque chose qu'on est amené à rencontrer dans notre quotidien.

IDE : Pour nous tu dis, ou pour le patient ?

ESI : Pour nous oui.

IDE : Euh ... (silence), comment je pourrais répondre à ça. Tu peux me reposer ta question comme tu la...

ESI : Alors... est-ce que tu fais une différence entre la violence que l'on serait amenés à rencontrer dans le quotidien et la violence auquel on est confronté dans notre milieu professionnel, avec des patients psy spécifiquement ?

IDE : On en rencontre quand même beaucoup moins dans le quotidien tu vois. Il y a des, il y a beaucoup de situations où, fin il y a plein de situations auxquelles je n'ai pas été confronté au cours de ma vie et que j'ai rencontré en psychiatrie. Il y a quand même pas mal de violence. Après ça dépend... je pense que ça dépend aussi de l'endroit où tu vas parce que c'est marrant j'étais à Vannes et c'était pareil, j'étais dans une unité d'admission fermée et la violence je ne la ressentais pas du tout de la même manière. Ce n'était pas le même type de population donc ça varie vachement. Là à Rennes la symptomatologie est très marquée, il y a des patients qui sont très violents. Heureusement qu'il y a une équipe qui est là pour t'aider à encaisser un peu le truc quand même parce que quelquefois c'est chaud. Autant au niveau psychique, t'as des coups physiques aussi, c'est pour ça qu'ils demandent des hommes parce que des fois il y a besoin d'intervenir. Ce sont vraiment des situations auxquelles tu n'es pas confronté dans la

vie quotidienne. D'ailleurs il n'y a pas beaucoup de formation là-dessus, pas avant d'arriver en psychiatrie en tous cas. Tu les as après au fur et à mesure des années, mais oui la violence tu la ressens de manière beaucoup plus intense que dans la vie quotidienne. Je ne sais pas si ça répond à ta question ?

ESI : Si c'est très bien. Est-ce que tu pourrais me décrire une situation où tu as été, toi, confronté à de la violence lors d'un soin spécifique ou non d'ailleurs ?

IDE : Ouai, il y en a une qui m'a pas mal marquée, fin j'en ai plein qui m'ont pas mal marqué parce qu'il y en a pas mal quand même ... C'était un appel en renfort que j'avais eu sur une unité, parce qu'au final on est souvent sollicités, on se fait souvent appeler pour intervenir. Et on nous prévient, à l'avance il nous prévienne un peu de la situation. Donc là ils nous expliquent que le patient fait un mètre quatre-vingt-dix, que c'est une boule de muscle et que ça allait être quand même plutôt chaud, il avait réussi à se décontentionner d'un bras, il était à la douche et il avait les contentions en mode menottes un peu et s'étant décontentionné d'un bras il se servait de la contention comme un fouet. Donc on arrive dans l'unité et là le patient nous attendait derrière la porte de la salle de bain, il y avait un petit hublot et il nous attendait pour nous déboîter, on était quinze mecs. Franchement je suis arrivé là, personne n'était serein tu sentais que l'ambiance était pas du tout sereine. En fait on est resté un quart d'heure à savoir comment on allait agir, comment ça allait se passer. On s'est décidé à prendre un matelas pour le plaquer. Il fallait vraiment minimiser le risque qu'il se fasse mal, qu'on se fasse mal et tout, donc on a ouvert la porte on a foncé avec le matelas, on l'a plaqué. Il se débattait et il y a eu des coups qui sont partis, mine de rien c'est vachement violent. Fin moi je sais que psychologiquement parlant tu vois ça m'a fait bizarre. Après tu prends du recul là-dessus hein, tu sais que tu es là pour le soigner et tout mais bon ça fait bizarre d'intervenir de cette façon. D'être à je ne sais pas combien de mecs, tu sais que le patient est délirant et tout mais c'est vachement violent autant pour toi que pour lui. Il ne va certainement pas se rappeler de cet épisode mais certains s'en rappellent et c'est vachement violent, surtout au niveau psychologique. Parce que, là, au niveau physique on avait su bien gérer le truc mais ouai c'était une situation qui m'avait plutôt marqué.

ESI : Ok, oui je vois... du coup comment est-ce que tu l'avais vécu ? Tu l'as vécu comme une agression envers toi ? la blouse blanche ? Où s'était vraiment pendant un moment de délire et ce n'étais pas... ça ne t'étais pas adressé ?

IDE : Ouai tu vois c'est ce que je te disais, en fait il faut réfléchir après au sens des choses que tu fais. Et puis je me disais c'est que le mec était vraiment délirant et puis voilà tu es là

pour le soigner quoi. Là clairement ça ne va pas, tu es obligé d'intervenir il va se faire mal, il va nous faire mal. Tu es obligé d'intervenir et en fait tu t'appuies là-dessus, tu te protèges aussi par rapport à ça en te disant que le patient tu es là pour le soigner, c'est ce que tu fais c'est légitime. Et donc finalement il faut réfléchir, il ne faut pas laisser le truc, sans tabou il faut en parler, il ne faut pas hésiter à en parler et puis en fait ... le truc ça se passe, au final quand tu sais pourquoi tu le fais vraiment ça le fait. Donc ça a été, je te dis que ça a été marquant... fin tu vois.

ESI : Oui je comprends, ça interpelle, ça t'interpelle et puis ...

IDE : Ouai, ouai c'est ça.

ESI : Euh ... donc moi la prochaine question que j'avais à te poser c'était en quoi cela impacte-t-il tes relations avec le patient et c'est vrai que là ce n'était pas une situation avec un patient que tu prenais en charge ... Du coup est-ce ...

IDE : Oui c'est vrai que là c'est une situation un peu particulière, tu voudrais que j'essaie de trouver une autre situation sinon, pour répondre à ta question ?

ESI : Ah bah oui, carrément.

IDE : (Silence) ... c'est compliqué, tu vois, souvent les réactions de violence, très souvent ça arrive dans des moments de délire fin même dans la quasi-totalité des interventions que j'ai eues, même propre à notre service hein. Ce sont des moments de délires où les patients partent totalement en live et puis tu les revois deux jours après, ils ne se souviennent pas des faits. C'est très rare qu'ils s'en rappellent donc finalement la relation moi je ne l'ai pas forcément ressentie comme altérée. En revanche tu as plus des bipolaires phase hypomanes qui peuvent te toucher aussi. C'est pareil il y a de la violence verbale des choses comme ça. Des fois... ça dépend de la pathologie aussi je dirais, parce que sur des personnes bipolaires j'ai ressenti plus cet impact sur la relation que t'avais, genre une perte de confiance un peu entre le patient et moi ou un truc comme ça. Quand il y a eu des interventions où il a fallu recadrer, là ils s'en souviennent et ça les a embêtés de la façon dont ça s'est déroulé donc il ne te parle pas forcément, ils peuvent t'éviter des trucs comme ça. Ça dépend, c'est propre à la pathologie aussi je pense, sur des psychoses un peu moins ... ouai ça dépend de la personne et de la pathologie. Sinon je n'ai pas d'exemples précis là-dessus.

ESI : Il n'y a pas eu de situations où tu as dû adapter ta communication par la suite parce que voilà c'était à la suite d'un échange où vous auriez dû ... où ça a finalement été conclu par une « crise » ou ... ?

IDE : Non, non pas de ce genre-là, fin ça peut créer des tensions un peu sous-jacentes mais il n'y a pas eu explicitement...

ESI : Ok. Et du coup face à des situations comme ça est-ce qu'il y a des stratégies que tu peux mettre en place, pour abaisser l'humeur de la personne, pour la calmer ?

IDE : Ouai. Ce que je fais déjà c'est que je propose toujours avant un traitement, parce que souvent il y a des traitements en si besoin qui sont mis, je propose toujours un temps pour essayer de verbaliser. C'est important que ça passe par la verbalisation aussi avant d'en venir à l'acte, à l'intervention ou même à la thérapeutique médicamenteuse, donc toujours un temps. Si c'est moi le persécuteur, si je vois que je suis le persécuteur je ne vais pas insister et un collègue prend le relais. On le fait de façon à ce que le patient s'apaise hein vraiment donc si tu sens que tu es persécuteur, le patient peut avoir un mauvais objet, ça peut-être toi, tu essaies de prendre de la distance du coup à ce niveau-là le temps que ça s'apaise et puis un collègue prend le relai. S'il accepte que ce soit toi, tu prends le temps de parole. Il faut qu'il y ait cette désescalade de la montée en tension, tu essaies de comprendre les choses, pourquoi ? Tu travail sur les émotions. Et si ça ne marche pas à ce moment-là tu peux proposer le traitement, tu laisses un temps d'apaisement, tu n'es pas obligé d'être avec lui H24 ; les personnes ont besoin d'être seules parfois. Voilà pour les stratégies et puis si jamais ça part trop en live tu appelles le médecin qui essaye de voir avec lui, le médecin a toujours un impact un peu plus fort que nous les infirmiers. Donc oui tu as plusieurs solutions à mettre en place et puis dans le dernier des cas c'est une mise en contention si ça part vraiment trop en live et que le patient de vient ingérable, qu'il n'entend plus rien, qu'il est inaccessible. Tu appelles des renforts et tu fais ce qu'il faut pour que la personne soit contenue quoi.

ESI : Super merci. (Silence) Je te propose de te donner ma question de départ : en psychiatrie, en quoi la violence d'un patient, dans un contexte de soins, peut-elle impacter la relation soignant-soigné ? Est-ce que tu aurais des choses à dire par rapport à ça ? Et pourquoi est-ce qu'elle peut-impacter la relation soignant-soigné ?

IDE : Euh oui, chose que j'ai déjà vu c'est des collègues par contre, par rapport à ta question là j'ai des collègues que j'ai déjà vus qui ont finis en larmes par rapport au fait que des patients soit vraiment violents verbalement et que ... fin nous les soignants on n'est pas infaillibles non

plus, on se questionne, fin je sais qu'ils se questionnaient sur est-ce que je suis toujours soignant avec lui parce que c'était vraiment ... il y avait un gros mal-être qui s'installait, en fait on n'était pas bien avec le patient et puis ça arrive en fait, ça peut arriver. Moi je me suis déjà retrouvé démuné face à des patients des fois, limite les larmes aux yeux. Des fois tu ne sais pas quoi faire hein. Attends, redis-moi ta question que j'y réponde clairement, désolé je te la fais répéter.

ESI : Pas de soucis mais c'est bien hein ... : en psychiatrie, en quoi la violence d'un patient, dans un contexte de soins, peut-elle impacter la relation soignant-soigné ?

IDE : Ouai ok, et bah du coup ça l'impacte comme ça parce qu'en fait tu te poses la question de savoir si tu es toujours dans le soin tu vois et ... si tu te poses cette question-là c'est que ... fin tu te dis que c'est chaud quoi. Tu as l'impression de ne plus aider la personne et d'être, fin que tu n'arrives même pas à te protéger derrière ta blouse blanche ou ton étiquette « professionnel » ...

ESI : Ça t'amène à une remise question ...

IDE : Ouai et tu as l'impression que ta prise en charge elle n'est pas optimale et ça te fout les boules. Ça arrive oui, c'est vrai, il peut y avoir un impact si la violence devient trop importante, fin on reste humain ça peut nous impacter. Je pense qu'il faut savoir prendre de la distance à ce moment-là, si ça t'arrive il ne faut pas hésiter à passer le relais aux collègues, ce n'est pas de la faiblesse ou quoi que ce soit. C'est un besoin, c'est que c'est comme ça, le patient il peut t'avoir pris pareil comme mauvais objet et forcément ça t'impacte on n'est pas des robots, on n'est pas des pierres.

Lemerrier Tanguy

L'impact de la violence dans un contexte de soins

The impact of violence in a care context

Résumé :

Ce travail de recherche de fin d'études s'intéresse à l'impact de l'acte violent sur la relation soignant-soigné, au grés de lectures de différents auteurs à propos de notions et concepts tel que : les valeurs, la communication, le rôle infirmier, ...

Dans un premier temps deux situations concrètes, rencontrées lors du cursus de formation m'ont permises de faire émerger des questionnements me menant à la question de départ suivante :

« En psychiatrie, en quoi la violence d'un patient, dans un contexte de soins, peut-elle impacter la relation soignant-soigné ? ».

Aussi, au fil de mon travail je serais amené à mettre en lumière les émotions des soignants et notamment le rôle de la gestion de ces dernières dans la répercussions sur les soins. Au terme de ce travail de recherche et émanant de mes réflexions au fil de ce dernier je proposerai la question de recherche suivante :

En quoi, la gestion des émotions des soignants, confrontés à des actes violents peut-elle permettre une meilleure prise en charge des personnes soignée ?

Abstract :

This end-of-study research work focuses on the impact of the violent act on the Healer-healed relationship, based on readings by different authors about notions and concepts such as: values, communication, the nursing role, ...

Initially, two concrete situations encountered during the training course allowed me to raise questions that led me to the following initial question:

"In psychiatry, how can a patient's violence, in a care context, impact the caregiver-patient relationship? »

In the course of my work, I would be required to highlight the emotions of caregivers, including the role of caregiver management in the impact on care.

At the end of this research work and from my reflections on it I will propose the following research question:

In what way, can the management of the emotions of caregivers, confronted with violent acts, allow a better management of the healed people?

Mots clés : Violence ; Psychiatrie ; Relation soignant-soigné ; Emotions ; Agressivité

Keywords : Violence ; Psychiatry ; Healer-healed relationship; Emotions ; Agression

Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes 2, rue Henri le Guilloux
35033 Rennes Cedex 09 Travail écrit de fin d'études - Promotion 2017 / 2020