



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

Le soignant et la confrontation à la violence en milieu psychiatrique

MARREC Olivia

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 de Soins Infirmiers

Travaux de fin d'études :

### *Le soignant et la confrontation à la violence en milieu psychiatrique*

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 ».

Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du *Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers* à dater et à signer

*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 Infirmiers 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... 29.../...04.../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<sup>er</sup> : 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.

« Quand il y a le silence des mots,  
se réveille trop souvent la violence des maux »

Jacques SALOME

## Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont été aidantes pour mener à bien ce travail de recherche.

Tout d'abord, je souhaite remercier Madame Monique TIERCIN, qui m'a accompagnée et encouragée durant la réalisation de ce mémoire. Je souhaite également remercier tous les formateurs qui ont pu répondre à mes questions, et qui se sont montrés présents et disponibles. Je remercie également ma référente pédagogique Madame Jocelyne THOMAS, qui a été prévenante, et à l'écoute durant ces trois années de formation.

Par ailleurs, je remercie également mon entourage de m'avoir soutenue lors de ma formation et d'avoir relu ce travail avec minutie.

## Sommaire :

I. Introduction	1
II. Cadre théorique	3
1. La violence	3
1.1 Généralités de la violence	3
1.1.1 La violence en son sens général	3
1.1.2 La subjectivité de la violence	4
1.2 La violence en milieu psychiatrique	4
1.3 Le patient violent en milieu psychiatrique	5
1.3.1 L'expression par la violence	5
1.3.2 Facteurs contributifs à la violence	5
2. La communication	6
2.1 Généralités de la communication	6
2.1.1 Définition	6
2.1.2 La communication verbale	6
2.1.3 La communication non verbale	7
2.2 La communication avec le patient en psychiatrie	7
2.2.1 L'intentionnalité de la communication soignante	7
2.2.2 L'attitude soignante face au patient violent	8
2.3 Les émotions dans la communication (du patient et du soignant)	8
3. L'infirmier en psychiatrie	9
3.1 Le rôle infirmier en psychiatrie	9
3.1.1 La démarche de soin	9
3.1.2 La relation de soin	9
3.2 L'infirmier face à la violence du patient	10
3.3 Le sentiment de sécurité de l'infirmier	10
III. Recueil de données	12
3.1 Population et organisation de l'interview	12
3.2 Objectifs des entretiens	12
3.3 Bilan du dispositif	13
IV. Analyse interprétative	14
4.1 La notion de violence vue par l'infirmier en psychiatrie	14
4.1.1 Définition de la violence et interactions entre les différents acteurs (infirmiers, patients, hôpital)	14
4.2 L'attitude soignante face à la violence du patient	15
4.2.1 Les réactions infirmières face à la violence du patient	15

4.2.2 L'impact de l'expérience professionnelle face à la violence du patient	15
4.2.3 Les caractéristiques de la violence et les différentes émotions de l'infirmier face à un patient violent	16
4.2.4 Les émotions et le sentiment de sécurité du professionnel de santé	17
4.3 La communication soignante avec un patient violent	17
4.3.1 L'influence des émotions soignantes sur la communication avec un patient violent	17
4.3.2 La relation soignant soigné face à la violence du patient	18
4.4 Les moyens mis en place par l'infirmier face à la violence du patient	19
4.4.1 Les moyens mis en place par l'infirmier pour faire face à une situation violente	19
V. Discussion	20
VI. Conclusion	23
Sommaire des Annexes	27

## I. Introduction

Au cours de ma formation en soins infirmiers, j'ai réalisé un stage en admission fermée au sein d'une unité de psychiatrie adulte, et un stage de dix semaines dans une unité de pédopsychiatrie, ce qui m'a permis de découvrir la psychiatrie, et a fait naître un futur projet professionnel. Lors de ces stages en santé mentale, j'ai pu être confrontée à de nombreuses scènes de violence. Que ce soit entre les patients eux-mêmes, avec les soignants, ou encore de l'auto agressivité. A chaque fois, il a fallu trouver une solution face à la situation. J'ai observé différentes méthodes pour faire face au problème, auprès des différents professionnels de santé que j'ai pu rencontrer dans mon cursus. Distraire le patient, lui proposer un temps seul pour se calmer, mais parfois il n'y a pas d'autres alternatives que l'administration de thérapeutiques médicamenteuses.

J'ai pu constater au cours de ma formation, une récurrence de la violence au sein des unités psychiatriques et conventionnelles, avec un risque de mise en danger des soignants et pouvant donc avoir une influence sur la prise en soin des patients. Alors, pour optimiser ma prise en soin, je souhaite comprendre les événements, leurs causes, leurs conséquences sur les patients et l'équipe soignante. Cela, dans le but de renforcer mon projet professionnel, et prendre de la distance professionnellement afin de mieux gérer les situations de violence, face à l'émotion ressentie et au sentiment d'insécurité.

Pour appuyer ma réflexion sur les émotions, la communication, et le sentiment de sécurité du soignant face à des patients violents, voici deux situations que j'ai vécues.

Dans un premier temps, je suis dans un service de pédopsychiatrie, je prends soin d'un patient souffrant de troubles du comportement. Alors qu'il rentre d'une sortie extérieure, il est très agité, refuse d'entrer dans l'unité. Je me retrouve seule dehors avec lui. Son comportement est très violent physiquement envers la façade de la structure, et il se montre agressif verbalement.

Dans un second temps, un soir, un adolescent d'une unité de pédopsychiatrie, déscolarisé et souffrant de trouble comportementaux, est agité, logorrhéique, et devient violent lorsqu'un aide-soignant du service tente de le maîtriser physiquement. Alors que je m'écarte pour me protéger, du renfort est appelé.

Dans ma démarche de réflexion, j'ai pu me demander :

En quoi la violence influence-t-elle le prendre soin infirmier ?, Dans quelle mesure les émotions prennent-elles le dessus sur le prendre soin ?, Dans quelle mesure un soignant peut-il se sentir en sécurité dans une unité de psychiatrie où des réactions de violence peuvent apparaître?, ou encore quel est le rôle du soignant face à la violence d'un patient?

Afin d'aborder mes recherches sur ce sujet, je me suis donc demandée: lors de situations de violence d'un patient en psychiatrie, dans quelle mesure les émotions de l'infirmier influencent-elles la communication avec le patient et ainsi le sentiment de sécurité du soignant ? Ainsi, mes recherches vont s'orienter sur le rôle des émotions soignantes face à la violence d'un patient. Nous tenterons de comprendre si les émotions soignantes jouent un rôle dans la communication avec le patient. Nous chercherons également à savoir si l'infirmier se sent en sécurité au sein d'une unité de psychiatrie.

Dans un premier temps, nous éclairerons ce sujet par des notions théoriques, issues de divers auteurs ayant travaillé sur la violence en psychiatrie. Par la suite, nous mettrons en lien ce cadre avec des données du terrain, recueillies auprès de professionnels infirmiers. Ensuite, nous laisserons place à la discussion, dans laquelle je démontrerai l'intérêt final de ce travail. Et enfin, la conclusion reprendra les éléments essentiels de cette recherche, et exposera mon positionnement professionnel.



## II. Cadre théorique

Suite à l'introduction du contexte et de la question de recherche de ce mémoire, laissons place à la présentation du cadre théorique.

Afin d'aborder le sujet de la violence des personnes prises en soin en psychiatrie, et de ses impacts sur les émotions et la communication soignante, j'ai choisi d'aborder quatre notions clés qui sont: la violence, les émotions, la communication et le sentiment de sécurité du soignant. Pour cela, j'aborderai dans un premier temps, la notion de violence, et ses généralités, puis, la notion de violence en milieu psychiatrique, et enfin, le patient violent en milieu psychiatrique. Dans un second temps, je m'intéresserai à la notion de communication et ses généralités, à la communication avec le patient en psychiatrie, puis à la place des émotions dans la communication. Enfin, je traiterai le rôle infirmier en milieu psychiatrique, avec la réaction infirmière face à un patient violent, puis la place du sentiment d'insécurité en milieu psychiatrique.

### **1. La violence**

#### **1.1 Généralités de la violence**

##### **1.1.1 La violence en son sens général**

D'un point de vue philosophique, Yves Michaud, philosophe français du XX<sup>ème</sup> siècle, propose une définition de la violence: "Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles" (L. Morasz, novembre 2003, page 21-22). Cette citation nous permet dans un premier temps de définir le terme de violence. Elle expose les différents aspects et impacts que la violence peut avoir sur différents acteurs de la société.

Selon une juriste spécialisée en droit de la santé, "Le terme "violence" ne fait l'objet d'aucune définition juridique. Des organisations internationales ont donné tour à tour leur propre définition, telles l'ONU ou le Conseil de l'Europe, pour qui "la violence se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'une autre personne, ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière"" (C. Ponte, mai 2007, page 37).

Françoise Bourgeois, cadre supérieure de santé, reprend la définition de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) pour expliquer le mot violence: "La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) semble être celle qui répond le mieux au domaine des soins: "La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations". (janvier 2016, page 46).

### **1.1.2 La subjectivité de la violence**

Pour Patrick Ange Raoult, psychologue clinicien, "La violence ne relève pas en soi de critère objectif. Elle s'inscrit dans une appréhension culturelle et individuelle. Elle est violence pour celui qui en fait état, qui en ressent l'effet et ne ressort pas nécessairement d'une intentionnalité." (avril 2014, page 66). D'un point de vue psychologique, la violence est alors une approche subjective, et dont le ressenti est propre à chaque individu. Ainsi un individu peut ressentir un effet de violence, alors qu'il n'y avait aucune intentionnalité en ce sens.

Dans l'environnement hospitalier, d'après Françoise Bourgeois, "les personnes qui souffrent sont souvent plus sensibles, plus vulnérables et moins tolérantes vis-à-vis de ce qu'elles perçoivent comme injuste. D'où de possibles actes agressifs ou violents." (janvier 2016, page 45). Alors, il est entendu qu'un patient souffrant peut se montrer moins tolérant face à une frustration, et peut donc devenir l'auteur d'actes violents.

## **1.2 La violence en milieu psychiatrique**

"La violence est, à mon sens, au cœur de notre pratique et concerne tout le monde." (février 2007, page 12). Ce sont les mots choisis par Raphaël Sable, infirmier en secteur psychiatrique, pour désigner la violence au sein des unités, et les acteurs très divers qui peuvent intervenir dans le processus.

Selon Laurent Morasz, psychiatre et psychanalyste, qui reprend la définition que propose Yves Michaud sur le terme de violence, il existe plusieurs types de violence: la violence physique, verbale, psychique, sexuelle, et la menace de violence (novembre 2003, page 23). Dans un dictionnaire de psychiatrie, on peut également lire que la violence "naît d'une interaction complexe où interviennent de nombreux facteurs (personnalité de l'agresseur, environnement, nature de l'interaction avec l'entourage, pathologie psychiatrique associée...)" (S. Ivanov-Mazzucconi, E. Digonnet, A.-M. Leyreloup, Août 2005, page 199).

## **1.3 Le patient violent en milieu psychiatrique**

### **1.3.1 L'expression par la violence**

Selon Laurent Morasz, les violences s'inscrivent dans un degré de conscience de la part de l'agresseur. En effet, le degré un, relève d'une violence "involontaire", avec une capacité de jugement altérée, comme pour un sujet délirant halluciné par exemple. Il y a aussi un degré deux, pour lequel la violence est "réactionnelle", il y a conscience mais un débordement émotionnel. Enfin, le degré trois démontre une violence "volontaire" et délibérée, comme un patient atteint de psychopathie par exemple (novembre 2003, page 23). Nous pouvons constater ici qu'il y a plusieurs degrés de conscience dans les comportements violents.

En effet, on peut comprendre que ces comportements violents peuvent être plus ou moins intentionnels, et plus ou moins altérés par un désordre psychologique de l'auteur des violences.

Laurent Morasz poursuit son analyse en exposant "Le fait que la violence exercée sur les soignants soit défensive, instrumentale ou expressive est fondamental en pratique clinique psychiatrique, tant elle éclaire la dynamique dans laquelle se situe le patient dans l'acte dans ce qu'il vient signifier."(novembre 2003, page 22). Ici, les principales causes et motivations des actes violents sont exposées. Lors de comportements violents, un impact sur les soignants a alors lieu, mais nous comprenons qu'il soit possible que ce ne soit pas la première intention de l'acteur violent, et que démonstrativement, cet acte violent reflète en fait la dynamique dans laquelle se situe le patient.

"L'émergence de la violence désigne les lignes de fragilité de l'ordre symbolique. Que ses manifestations soient verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques, elle provoque une insécurité interne, une tension intolérable et une lutte épuisante." (P-A Raoult, avril 2014, page 68). Selon ce psychologue clinicien, la violence ferait en fait état de la fragilité du psychisme de l'auteur des violences. Peu importe le type de violence, un sentiment d'insécurité, d'épuisement et de grande tension se feront ressentir. Il ajoute que "la violence peut être la terreur interne qui vient contaminer l'autre: le sujet submergé fait violence à l'autre." (P-A Raoult, avril 2014, page 68)

### **1.3.2 Facteurs contributifs à la violence**

Pour appréhender au mieux les troubles du comportement, il est important de connaître les différentes pathologies psychiatriques et leurs symptômes. Les troubles schizophrènes par exemple, majorent la violence (F. Venuat, août 2011, page 8).

Selon une étude réalisée au Canada, "Le profil des patients est décrit par les participants comme un élément clé de l'occurrence d'un comportement violent. Par exemple, plusieurs participants (personnel infirmier et patients) expliquent que certains patients sont plus enclins

à être agressifs que d'autres, notamment les hommes jeunes (moins de 40 ans) souffrant de troubles mentaux particuliers tels que les psychoses, les troubles bipolaires (phase maniaque) et l'abus de substances. [...] De même, les patients qui ont des antécédents de violence sont explicitement identifiés comme présentant un risque élevé, de même que certains patients présentant des antécédents judiciaires et/ou qui sont passés par l'hôpital psycholégal." (A. Perron, J- D Jacob, L. Beauvais, D. Corbeil, D. Bérubé, mars 2015, page 52). Selon les mêmes auteurs, bien que certains symptômes psychiatriques, comme cités auparavant, peuvent contribuer à la violence, il ne faut pas omettre que les circonstances environnementales peuvent aussi jouer un rôle, comme le cadre très règlementaire de l'hôpital psychiatrique, les pratiques soignantes très autoritaires, ou encore le bruit et l'agitation environnante au sein des unités par exemple (mars 2015, page 53).

## **2. La communication**

### **2.1 Généralités de la communication**

#### **2.1.1 Définition**

D'un point de vue psychologique, la communication se définit comme une "transmission de l'information d'un point à un autre, c'est-à-dire d'une source à un destinataire." (Communication, 1997).

Il paraît que "il est arbitraire d'opposer communication verbale et communication non verbale, dans la mesure où toute communication utilise plusieurs canaux (J. Cosnier et A. Brossard)." (Communication, 1997).

"Dans tous ces cas, la communication utilisera des mots (communication verbale), ou des gestes, des attitudes, voire des silences (communication non verbale). Ces deux types de communication sont indissociables et s'influencent l'un l'autre, renforçant ou discréditant le sens du message." (A. Bioy, F. Bourgeois, I. Nègre, 2013, page 51). Ces auteurs poursuivent leur analyse quant au contexte de communication. En effet, pour communiquer, il faut: une intention, un message à délivrer, des parasites à la communication qui peuvent gêner l'échange, un récepteur (une personne qui reçoit le message), un temps de décodage, pour comprendre le message, et enfin, un temps de rétroaction, représenté par la réponse du récepteur à l'émetteur. (2013, page 51).

#### **2.1.2 La communication verbale**

Catherine Cudicio, psychanalyste, et Patrice Cudicio, médecin sexologue, s'intéressent à la programmation neuro linguistique (PNL), c'est à dire à l'étude du langage et de la

communication. Dans leur ouvrage analytique sur la PNL, il est dit que “En PNL, on considère le langage comme un moyen d’expression majeure de la personne, pour communiquer avec elle-même sous forme de dialogue intérieur, et, avec les autres dans ses relations.” (C. et P. Cudicio, 1992, page 47).

### **2.1.3 La communication non verbale**

Dans ce même ouvrage sur la PNL, on peut lire que “gestes, postures, rythme, respiration, qualité de la voix sont autant de moyens d’expression au service de la communication.” (C. et P. Cudicio, 1992, page 33).

En effet, selon Antoine Bioy, Françoise Bourgeois et Isabelle Nègre, “L’ensemble d’un message compte 7% de paroles, 38% d’intonations et 55% de langage gestuel.” (2013, page 53). Il est ajouté que le langage non verbal comprend “la distance physique, encore appelée proxémique, l’expression faciale, le contact des yeux, le contact physique, la posture, les gestes, l’apparence, ainsi que les odeurs.” (2013, page 53).

Pour Jennifer Kassapian, “Le langage non verbal est l’un des composants de la communication. Il se traduit par les gestes, l’attitude, le regard et les comportements. Il permet parfois de dénouer des situations lorsque les mots sont inefficaces.” (avril 2012, page 18).

## **2.2 La communication avec le patient en psychiatrie**

### **2.2.1 L’intentionnalité de la communication soignante**

Selon Ginette Michaud, psychiatre et psychanalyste, la parole joue un rôle dans l’issue de la violence. En effet, elle explique qu’un discours faisant acte, c’est à dire plutôt à tendance intrusive pour le sujet violent, a la capacité de faire redescendre la montée pulsionnelle de celui-ci et permet à l’autre de reprendre une place dans l’environnement. Elle distingue la parole “ratée”, qu’elle définit comme impuissante face à la violence, et la parole “juste”, qui elle, permet alors une reprise de l’échange avec l’autre et l’arrêt de la violence (novembre 2003, page 44).

Cette psychanalyste, ajoute également que l’intentionnalité du soignant dans ce contexte, doit être la plus neutre possible. Elle explique en effet que le psychotique n’attend qu’une simple disponibilité de la part de l’autre, et non une intention d’aide. Pour cela, il serait alors nécessaire de faire le “vide” face au sujet violent, d’adopter un regard sans point d’attache, et ainsi de porter attention à l’autre et se préparer à tout mouvement imprévisible. Elle ajoute en effet que “la violence est une réponse à une impossibilité d’avoir en face de soi l’acte juste, la parole juste. La violence apparaît lorsque l’acte juste, la parole juste sont manqués.” (G. Michaud, novembre 2003, page 44-45).

Concernant la communication non verbale, “C’est la distance de sécurité intégrée et métabolisée par le sujet qui fait le corps, habituellement, ne pose plus problème dans l’échange quotidien [...] Cette distance de sécurité, cette “distansécure” comme on pourrait la nommer, est problématique dans la psychose. Toute approche à l’intérieur de cette limite deviendra pour le sujet une agression insupportable. La distance juste par rapport au corps va donc être à trouver.” (G. Michaud, novembre 2003, page 46). On constate donc que dans l’approche psychiatrique, la communication non verbale peut jouer un rôle dans le fait de gérer un patient avec un comportement violent, et qu’il faut alors adopter une bonne proxémie avec le patient. Ginette Michaud illustre son propos par une expérience vécue par F. Tosquelles, un psychiatre et psychanalyste du XXème siècle. “un jour tosquelles arriva dans son service au milieu d’une grande agitation [...] Tosquelles proposa à tout le monde de s’éloigner prit une chaise, et s’assit à une bonne distance. Il commença à parler au patient qui se détendit progressivement.” (novembre 2003, page 46)

### **2.2.2 L’attitude soignante face au patient violent**

Deux cadres de santé nommées Gisèle Ambrosini, et Véronique Noël, ont développé “un guide d’attitudes soignantes” pour prévenir la violence dans le milieu hospitalier, selon lequel il y a des attitudes à éviter “Attitudes à éviter: Avoir un regard trop fixe ou trop fuyant; Parler trop fort; se tenir dans une position de fermeture; Chercher à combler le refus de parler du patient en parlant trop, ne pas lui offrir l’espace pour s’exprimer; Se sentir visé personnellement par les propos, les insultes; Rester totalement indifférent aux propos tenus (peut être vécu par le patient comme une indifférence à son égard)” (décembre 2007, page 13). Ce guide d’attitudes soignantes pour prévenir la violence ajoute aussi des “Attitudes à adopter: Poser son regard sans le rendre trop insistant; Parler calmement; Utiliser la relance verbale pour inciter le patient à s’exprimer sur ce qu’il ressent (reformulation, éclaircissement...); Savoir accepter le silence (peut amener le patient à s’étonner et à s’interroger : “vous ne dites rien ?”); Bien rester conscient que le patient souffre et que les propos en sont l’expression; Se resituer auprès du patient en tant que soignant, souligner le respect mutuel nécessaire à la qualité de votre aide.” (décembre 2007, page 13).

### **2.3 Les émotions dans la communication (du patient et du soignant)**

Ginette Michaud confronte la notion de violence et la notion d’émotion, car selon elle, il faudrait “métaboliser la violence en développant le champ des émotions. L’émotion interrompt la violence si est dite la parole “juste”, capable de l’arrêter.” (novembre 2003, page 45). On comprend donc ici qu’il y a un lien entre le champ des émotions, de la communication et la notion de violence. Effectivement, une communication adaptée

permettrait donc d'influencer les émotions du patient et ainsi de décroître une situation violente.

Selon Laurent Morasz, "en tant que composante sociale inhérente au fonctionnement humain, la violence est un processus qui réveille en chacun de nous des représentations complexes et multiples qui ont toutefois un point commun: l'émotion forte qu'elle suscite." (2002, page 5).

### **3. L'infirmier en psychiatrie**

#### **3.1 Le rôle infirmier en psychiatrie**

##### **3.1.1 La démarche de soin**

Selon Jean-Michel Seymour, cadre de santé, le rôle infirmier en psychiatrie consiste à travailler sur une démarche de soin, propre à chaque patient. Elle consiste à établir un recueil de données de la personne soignée, et à fixer des objectifs de soins, visant à améliorer la santé du patient. Avec cette démarche de soins, l'infirmier sera amené à collaborer avec les autres professionnels de santé (mai/juin 2007, page 34).

D'après un aide-soignant exerçant en psychiatrie, "Les actions des soignants montrent au patient une présence professionnelle, efficace, "contenante" et rassurante, qui n'a pas pour but la répression mais plutôt l'écoute, le respect et les soins de qualité." (F. Venuat, août 2011, page 9).

##### **3.1.2 La relation de soin**

"Les soins infirmiers en santé mentale se caractérisent par des actions de base relationnelles et éducatives, et s'articulent autour de notions telles que la disponibilité, l'écoute, l'observation, l'analyse des problèmes, l'accompagnement, les actions de soins." (N. Carbou, V.Gueudry, B.Legendre, P. Levillain, M-C. Niel, avril 2006,page 48).

Ainsi, "Relevant à la fois du rôle prescrit et du rôle propre, l'entretien infirmier en psychiatrie est mené dans le but d'accompagner le patient face à sa problématique mentale, dans une démarche professionnelle bienveillante." (E. Bourrat, janvier 2014, page 39). Selon cette infirmière travaillant en centre psychiatrique, cet entretien infirmier a pour but d'aider le patient à s'exprimer, à parler de ce qu'il ressent, et potentiellement de l'aider à prendre conscience des problèmes qu'il rencontre. (janvier 2014, page 39).

"S'inscrire dans une relation d'aide est l'unique manière de prendre soin efficacement du patient, c'est à dire de l'aider à se sentir mieux, à se réinscrire dans une dynamique de vie parfois indépendamment de sa situation médicale." (A. Bioy, F. Bourgeois, I. Nègre, 2013,

page 24). La relation d'aide "se définit généralement comme l'aide psychologique par la relation, la relation étant elle-même le support de l'aide. La relation d'aide relève du rôle propre infirmier (décret du 29 juillet 2004)." (S. Ivanov-Mazzucconi, E.Digonnet, A.-M. Leyreloup, 2005, page 162).

### **3.2 L'infirmier face à la violence du patient**

Pour le soignant, "le risque de victimisation varie selon le milieu de soins. En psychiatrie, toutefois, le risque de subir un acte violent commis par un patient reste élevé lorsqu'on le compare à d'autres domaines de pratique." (A. Perron, J-D Jacob, L. Beauvais, D. Corbeil, D. Bérubé, mars 2015, page 48).

Dominique Friard, infirmier en secteur psychiatrique, ajoute que "la violence, vocable issu de la criminologie, suscite des émotions comme la peur ou la colère. Elle tétanise, elle fascine, elle effraie, elle pousse parfois à la contre violence." (Avril 2014, page 20).

En effet, d'après Françoise Bourgeois, cadre supérieure de santé, "le comportement agressif du malade peut désarmer le soignant, qui risque de répondre par l'agressivité (réaction naturelle de défense)." (janvier 2016, page 45).

### **3.3 Le sentiment de sécurité de l'infirmier**

"Les évolutions thérapeutiques ont permis d'apaiser les délires et les souffrances des patients et par conséquent, d'améliorer la relation entre soignants et soignés. Mais un climat d'insécurité persiste, parfois accentué par des défaillances organisationnelles, la diminution du personnel et son manque de formation initiale au secteur psychiatrique." (F. Venuat, octobre 2010, page 16). Malgré l'évolution dans la prise en soin des patients dans le secteur psychiatrique, un climat d'insécurité persiste parfois pour certains professionnels.

"Les comportements violents en milieu psychiatriques génèrent un sentiment de menace envers la sécurité et l'intégrité (physique, psychique) personnelles. Une telle appréhension affecte le personnel infirmier et ses interactions avec les patients." (A. Perron, J- D. Jacob, L. Beauvais, D. Corbeil, D. Bérubé, mars 2015, page 49).

Selon des infirmiers exerçants en psychiatrie, il faudrait ajuster le traitement médicamenteux des patients pouvant avoir un comportement violent. Cela faciliterait le contrôle du patient en cas d'agitation, et favoriserait un sentiment de sécurité chez le soignant. A l'inverse, si une demande est effectuée mais non appliquée par le psychiatre, cela favoriserait un sentiment d'insécurité pour le soignant. (A. Perron, J-D. Jacob, L. Beauvais, D. Corbeil, D. Bérubé, mars 2015, page 54).

Dans son ouvrage traitant de la compréhension de la violence en psychiatrie, Laurent Morasz traite du sentiment d'insécurité des soignants face à la violence. En effet, selon lui, un soignant peut être confronté au sentiment d'insécurité dans le service dans lequel il



travaille, lorsqu'il a l'impression qu'un danger peut arriver à tout moment. Il ajoute que ce sentiment d'insécurité peut désorienter, déstabiliser voire désorganiser le soignant. (2012, page 47).

### III. Recueil de données

Suite à la présentation des données théoriques, nous allons aborder le dispositif de recueil de données mis en place auprès des professionnels de santé.

#### **3.1 Population et organisation de l'interview**

Afin de recueillir des données significatives pour le thème de cette initiation à la recherche en soins infirmiers, je souhaitais rencontrer deux infirmiers. Pour obtenir des contacts de professionnels, je me suis adressée auprès d'un formateur de l'institut de formation, ayant exercé au sein d'un hôpital psychiatrique. Ainsi, j'ai pu établir dans un premier temps un contact par mail avec une infirmière. Le premier entretien s'est donc déroulé dans un service d'admission fermé. L'infirmière y travaille depuis quatre ans.

Dans un second temps, j'ai pu prendre contact avec le deuxième infirmier par téléphone mobile. Nous avons pu nous rencontrer dans le service où il exerce sa profession, soit un service d'admission ouvert.

L'enregistrement de ces entretiens s'est fait par le dictaphone de mon téléphone portable. Cela m'a permis plus tard de retranscrire les deux interviews.

#### **3.2 Objectifs des entretiens**

Pour organiser ces deux entretiens, j'avais au préalable établi un guide d'entretien. Chaque question avait un objectif en lien avec ma question de recherche. Le premier objectif était de définir le terme de violence selon l'infirmier, et le rapport entre les différents acteurs dans ce contexte. Ensuite, j'ai étudié les réactions soignantes face à la violence. Les objectifs étaient d'identifier les réactions infirmières face à la violence des patients, savoir si ces réactions évoluent avec l'expérience professionnelle, savoir à quels types de violence sont confrontés les soignants, et quelles émotions peuvent-ils ressentir face à cette violence. J'avais aussi pour objectif de savoir sur quoi se fonde le sentiment de sécurité des soignants et savoir si les émotions des soignants face à la violence influencent leur sentiment de sécurité au sein d'un service de soin. En ce qui concerne la communication avec le patient violent, j'ai voulu comprendre comment la communication se construit avec un patient violent selon les émotions du soignant et savoir si la relation soignant-soigné est influencée face à la violence du patient. Enfin, j'ai cherché à connaître les moyens mis en place par l'infirmier pour faire face à une situation violente.

### **3.3 Bilan du dispositif**

Au final, ces deux entretiens ont pu se réaliser avec grande simplicité grâce à la disponibilité dont les deux professionnels ont fait preuve. Par ailleurs, le deuxième entretien m'a été un peu plus difficile à analyser, du fait des réponses parfois inadaptées à mes questions, ou du moins, aux réponses que j'attendais. De plus, le contact est resté très professionnel et cordial, ce qui m'a mise moins à l'aise que lors du premier entretien avec l'infirmière.

## IV. Analyse interprétative

Le dispositif de recueil de données présenté, nous allons à présent explorer les données théoriques et pratiques dans l'analyse interprétative.

### **4.1 La notion de violence vue par l'infirmier en psychiatrie**

#### **4.1.1 Définition de la violence et interactions entre les différents acteurs (infirmiers, patients, hôpital)**

Pour définir la violence, les infirmiers mettent tous les deux en avant trois acteurs principaux. Selon Raphaël Sable, infirmier en psychiatrie, il est vrai que de nombreux acteurs interviennent dans la violence, car selon lui "La violence est, à mon sens, au cœur de notre pratique et concerne tout le monde.". Les infirmiers interrogés développent cette idée. Les violences à l'hôpital peuvent provenir des patients, avec de la violence verbale, c'est à dire des insultes, des menaces, mais aussi de la violence physique, par les coups, ou les passages à l'acte agressifs. Or, selon Laurent Morasz, psychiatre et psychanalyste, il existe plusieurs types de violence: la violence physique, verbale, psychique, sexuelle, et la menace de violence. Il semblerait alors que la menace constitue une forme à part entière de violence, et ne fait ainsi pas partie de la violence verbale, comme le constate l'infirmière. La souffrance du patient face à sa maladie constitue aussi une forme de violence selon l'infirmier. La violence peut être symptomatique de la maladie ou pas. D'après Laurent Morasz, les violences s'inscrivent dans un degré de conscience de la part de l'agresseur. Le degré un, relève d'une violence "involontaire", le degré deux, relève d'une violence "réactionnelle". Le degré trois, démontre une violence "volontaire" et délibérée. D'après les soignants interrogés, cette violence peut être dirigée contre les soignants ou bien envers un autre patient. L'infirmier ajoute qu'il peut être confronté à des situations d'échec de prise en charge de la souffrance du patient. Cela représente une forme de violence pour les soignants.

Concernant la violence des soignants envers les patients, elle est sensibilisée par une réflexion personnelle des pratiques face à la violence. Le travail et le soutien en équipe participent également à la prévention de cette violence.

Enfin, les infirmiers se rejoignent sur l'idée que l'institution participe à une certaine forme de violence, pouvant impacter les patients et les soignants. Le manque de lits, l'organisation de l'hôpital, le manque de médecins, les conditions de travail imposées aux soignants, en majoration de la chronicité des patients dans les services de soins, impactent la prise en soin du patient. En effet, d'après leurs recherches sur la gestion de la violence, Amélie Perron, Jean Daniel Jacob, Louise Beauvais, Danielle Corbeil et David Bérubé, nous informent que les circonstances environnementales peuvent jouer un rôle dans la survenue de la violence.

On peut citer par exemple le cadre réglementaire de l'hôpital psychiatrique, les pratiques soignantes autoritaires, ou encore le bruit et l'agitation environnante au sein des unités.

## **4.2 L'attitude soignante face à la violence du patient**

### **4.2.1 Les réactions infirmières face à la violence du patient**

Selon l'infirmier, la réaction face à la violence est très subjective. En effet, la réaction de l'infirmier dépend de son rapport à la violence, de la manière dont il perçoit la souffrance du patient. Cela peut être induit par son histoire personnelle. En effet, d'une approche psychologique, selon Patrick Ange Raoult, psychologue clinicien, "La violence ne relève pas en soi de critère objectif. Elle s'inscrit dans une appréhension culturelle et individuelle. Elle est violence pour celui qui en fait état, qui en ressent l'effet et ne ressort pas nécessairement d'une intentionnalité."

Les deux infirmiers s'accordent quant au fait que l'anticipation fait partie de la prévention de la violence. L'infirmière, elle, parle de réflexes à adopter face à la violence d'un patient. Face à une situation de ce type, elle dit ressentir des sensations corporelles, comme des frissons, la sensation d'un cœur qui s'arrête, une montée d'adrénaline ou encore le fait de rester figer. En ce qui concerne le travail d'équipe, il y a une relation de protection entre les soignants.

Lors d'une situation violente, l'approche du patient se fait de manière sécuritaire dans un premier temps, par les soignants avec qui il entretient de bonnes relations. Pour faire face à cette violence, les soignants bénéficient de formation, par lesquelles ils peuvent apprendre à se défendre et remettre leurs pratiques en question.

Au final, pour anticiper la violence, il s'agit d'abord d'observer le regard, ou les attitudes changeantes du patient. Pour y faire face, il s'agit de le maîtriser, tout en assurant sa protection. Gérer la violence d'un patient, c'est prendre le temps de communiquer, de parler avec le patient et ne pas s'affoler. En effet, la communication verbale peut apaiser la violence, car selon Ginette Michaud, la parole joue un rôle dans l'issue de la violence. Les infirmiers ajoutent que cette gestion se fait aussi par l'apaisement, grâce à des activités alternatives, ou par la sédation médicamenteuse si besoin. Cette sédation médicamenteuse peut en effet apaiser le patient en cas d'agitation, et favoriser le sentiment de sécurité chez le soignant selon Amélie Perron, Jean Daniel Jacob, Louise Beauvais, Danielle Corbeil et David Bérubé. Enfin, la dernière attitude vis à vis du patient qui est évoquée est celle de protection, en évitant toute auto ou hétéro agressivité.

### **4.2.2 L'impact de l'expérience professionnelle face à la violence du patient**

Avec l'expérience, il semble plus facile d'appréhender ce genre de situation et de contrôler ses émotions. En effet, selon les infirmiers interrogés, les soignants ayant plus d'expérience

dans le milieu psychiatrique, ont plus de capacité à anticiper les situations violentes que les jeunes diplômés ou les nouveaux arrivants. Cependant, malgré leur expérience, ils peuvent avoir peur, et pourtant ne pas toujours se rendre compte des dangers auxquels ils s'exposent. D'un autre côté, les nouveaux arrivants n'ont pas les mêmes réflexes. Face à la violence, ils proposent davantage de techniques non médicamenteuses, ce qui parfois peut ne pas être bénéfique pour la situation. Leur peur, à eux, peut se manifester par un appel aux renforts plus immédiat.

#### **4.2.3 Les caractéristiques de la violence et les différentes émotions de l'infirmier face à un patient violent**

Concernant les types de violence auxquelles sont confrontés les soignants, et quelles émotions peuvent-ils ressentir face à cette violence, les réponses des soignants interrogés sont complémentaires. L'infirmière développe d'autant plus les différentes formes de violence que les soignants peuvent subir en service de psychiatrie. Elle différencie la violence verbale, la violence physique, mais également l'intimidation que les patients exercent sur les soignants. La violence physique peut se diriger contre les soignants, mais plus fréquemment contre les autres patients du service. Par ailleurs, la violence verbale est plus fréquente que la violence physique. Elle se manifeste par des insultes ou encore par des provocations. Face à ces violences de patient, les soignants sont amenés à ressentir différentes émotions. Selon Laurent Morasz, ce processus de violence réveille en chacun de nous des représentations complexes et multiples qui suscitent de l'émotion forte. On peut différencier dans un premier temps, les émotions impactant le soignant face à la violence. Selon l'infirmière, la pathologie du patient violent peut influencer la manière dont le soignant va faire face à la situation. Florent Venuat, soignant en milieu psychiatrique rejoint cette idée, car pour lui, afin d'appréhender au mieux les troubles du comportement, il est important de connaître les différentes pathologies psychiatriques et leurs symptômes. Par ailleurs, face à cette violence, un réflexe de colère et de l'agressivité chez le soignant peuvent apparaître. Une incompréhension ou une peur et un stress peuvent aussi être ressentis. En effet, pour Dominique Friard, infirmier en secteur psychiatrique, "la violence, vocable issu de la criminologie, suscite des émotions comme la peur ou la colère. Elle tétanise, elle fascine, elle effraie, elle pousse parfois à la contre violence.". Françoise Bourgeois, cadre supérieure de santé, pense également que "le comportement agressif du malade peut désarmer le soignant, qui risque de répondre par l'agressivité (réaction naturelle de défense)". Dans un second temps, il y a des émotions soignantes qui peuvent représenter une conséquence pour la prise en charge du patient. Par exemple, le rejet du patient par le soignant, le fait de se sentir décrédibilisé face aux autres patient, ou encore inefficace en terme de soin.

#### **4.2.4 Les émotions et le sentiment de sécurité du professionnel de santé**

Face à la violence d'un patient, les infirmiers semblent être d'accord sur le fait que la peur se fait ressentir, mais qu'il ne faut pas la faire transparaître au patient, au risque d'envenimer la situation. L'infirmière transmet que lorsqu'elle ressent de la peur face à un patient, elle ne se sent pas toujours en sécurité. Laurent Morasz expose dans son ouvrage sur la violence, qu'un soignant peut être confronté au sentiment d'insécurité dans le service dans lequel il travaille. Ce sentiment d'insécurité peut désorienter, déstabiliser voire désorganiser le soignant. Par ailleurs, ce sentiment de sécurité va dépendre de plusieurs facteurs selon les dires des deux soignants. Ils mettent tous deux en avant l'importance du rôle de l'équipe dans le sentiment de sécurité au travail. Ils relèvent souvent le fait d'avoir un membre de l'équipe à proximité. De plus, ce sentiment de sécurité va dépendre de la connaissance du patient, ou encore de l'environnement dans lequel se déroule la situation. En ce qui concerne l'infirmière, les présences d'hommes, et de dispositifs d'appels urgents, l'aident à se sentir en sécurité. Florent Venuat rejoint l'idée selon laquelle l'environnement joue un rôle dans le sentiment de sécurité du soignant car selon lui, "un climat d'insécurité persiste, parfois accentué par des défaillances organisationnelles, la diminution du personnel et son manque de formation initiale au secteur psychiatrique."

### **4.3 La communication soignante avec un patient violent**

#### **4.3.1 L'influence des émotions soignantes sur la communication avec un patient violent**

Le soignant peut ressentir plusieurs émotions face à la violence du patient. L'infirmier, lui, dit ressentir de la tristesse face à l'histoire de vie du patient. Il va alors faire partager son émotion au patient, tout en adoptant une certaine distance professionnelle.

Les infirmiers évoquent tous deux la colère. Face à cette émotion, un comportement agressif soignant peut être engagé et la communication verbale peut s'éloigner du langage professionnel. Ce processus peut être une "réaction naturelle de défense", comme nous avons pu le voir plus haut.

La peur est aussi ressentie face à la violence d'un patient. L'infirmière témoigne alors de l'importance d'adopter un langage verbale doux. Les deux soignants s'accordent sur le fait que les émotions en général peuvent influencer la communication avec un patient violent. L'infirmier ajoute que les émotions sont à la base de la relation. Selon un écrit sur la gestion de la violence, par Amélie Perron, Jean Daniel Jacob, Louise Beauvais, Danielle Corbeil et David Bérubé, les interactions avec le patient peuvent aussi être influencées par une appréhension des comportements violents.

Concernant la peur, et les émotions en général, les infirmiers interviewés développent d'autant plus les caractéristiques de leur communication non verbale. Ils insistent sur le fait que le ton doit être calme, et posé, bien que parfois, il soit nécessaire de le hausser un peu, selon les patients. En effet, Catherine Cudicio et Patrice Cudicio, médecins ayant travaillé sur la programmation neuro linguistique, accordent beaucoup d'importance à la communication non verbale car "gestes, postures, rythme, respiration, qualité de la voix sont autant de moyens d'expression au service de la communication.". Selon leurs études, la majorité du message communiqué passe par le non verbal. Ensuite, selon les deux soignants, l'attitude doit être la plus neutre et la plus calme possible. Cette attitude est complétée par la proxémie, dont l'objectif est de garder une distance adaptée avec le patient, de manière à adopter une attitude sécuritaire face à une situation imprévisible. Ces principes d'attitude envers le patient, et la proxémie rejoignent l'avis de Ginette Michaud, psychiatre et psychanalyste, selon qui, l'intentionnalité du soignant dans un contexte de violence, doit être la plus neutre possible. De plus, la distance juste par rapport au corps du patient doit être trouvée. En effet, une bonne proxémie peut aider à gérer un patient avec un comportement violent.

Enfin, les deux soignants ajoutent qu'il faut considérer le patient: le laisser s'exprimer, l'écouter, mais aussi le regarder. Deux cadres de santé, nommées Gisèle Ambrosini, et Véronique Noël, ont réalisé un "guide d'attitudes soignantes" à adopter face à la violence d'un patient. D'après cette publication, le soignant doit en effet poser son regard sans le rendre trop insistant, et utiliser la relance verbale pour inciter le patient à s'exprimer sur ce qu'il ressent.

#### **4.3.2 La relation soignant soigné face à la violence du patient**

Face à la violence du patient, la relation soignant soigné peut être impactée. Et ce, bien que, selon Florent Venuat, "Les évolutions thérapeutiques ont permis d'apaiser les délires et les souffrances des patients et par conséquent, d'améliorer la relation entre soignants et soignés". En effet, l'infirmière interrogée exprime en premier lieu pouvoir ressentir un sentiment de colère, pouvant aboutir à une relation de rejet. D'autre part, les deux infirmiers parlent d'une relation d'accompagnement. Elle a pour but d'accompagner le patient à prendre conscience de ses actes, quand sa pathologie le permet. Échanger sur l'événement violent avec le patient, et travailler avec lui pour l'amener à réfléchir et à adapter son comportement. Or, "Les soins infirmiers en santé mentale se caractérisent par des actions de base relationnelles et éducatives, et s'articulent autour de notions telles que la disponibilité, l'écoute, l'observation, l'analyse des problèmes, l'accompagnement, les actions de soins.". Cette relation d'accompagnement fait donc partie du rôle infirmier selon N. Carbou, V.Gueudry, B.Legendre, P. Levillain, M-C. Niel. Enfin, une relation protectrice vis à vis du patient est mise en relief. Pour l'infirmière, elle peut même aboutir parfois à une relation



maternante. Cette protection peut passer par les contentions, la sédation, ayant pour but de protéger le patient contre lui-même ou les autres. Selon les propos des soignants, l'objectif de cette relation est notamment de réduire le risque d'un passage à l'acte violent. Au final, la jonction de ces différentes relations peut donc potentiellement mener à une relation d'aide, puisque le but de celle-ci est d'aider le patient à "se sentir mieux, à se réinscrire dans une dynamique de vie parfois indépendamment de sa situation médicale." selon A. Bioy, F. Bourgeois et I. Nègre.

#### **4.4 Les moyens mis en place par l'infirmier face à la violence du patient**

##### **4.4.1 Les moyens mis en place par l'infirmier pour faire face à une situation violente**

Les infirmiers font appel à plusieurs soutiens lorsqu'un patient se montre violent. Selon Amélie Perron, Jean Daniel Jacob, Louise Beauvais, Danielle Corbeil et David Bérubé, l'appréhension de la violence peut affecter l'infirmier. D'autant plus que le risque pour les soignants de subir un acte violent est plus élevé en milieu psychiatrique. On peut alors en déduire l'importance du besoin de soutien pour les soignants. Les deux soignants, parlent tout d'abord du soutien professionnel. Le soutien de l'équipe de proximité se fait par l'écoute des soignants qui ressentent le besoin de verbaliser. L'équipe peut également permettre de passer le relai sur certaines situations qui peuvent être compliquées à gérer pour certains soignants. D'autres professionnels de santé peuvent également être mobilisés dans certains cas, par le cadre de santé par exemple. Les psychologues, les médecins du travail permettent au soignant de verbaliser, d'être écouté, et aidé par un tiers.

Par ailleurs, les soignants victimes de violence peuvent également faire appel au cadre juridique, en portant plainte contre le patient, auteur de violence.

Les infirmiers ont pu ajouter qu'ils trouvent du soutien dans le cadre personnel. En effet, la sphère familiale, ou amicale leur permettent de se mettre à distance de la violence subie au travail.

## V. Discussion

Suite à cette analyse, nous allons traiter la discussion pour établir des liens avec la question de départ "lors de situations de violence d'un patient en psychiatrie, dans quelle mesure les émotions de l'infirmier influencent-elles la communication avec le patient et ainsi le sentiment de sécurité du soignant ?"

La mise en lien de réponses professionnelles et d'apports théoriques, ont pu m'éclairer quant à mon sujet de départ. Dans un premier temps, j'ai pu travailler sur la notion de violence en milieu psychiatrique. Plusieurs types de violence ont pu être mis en évidence. Au sein des services, il semblerait que les soignants soient davantage confrontés à la violence verbale des patients. J'ai pu comprendre que cette violence pouvait être l'issue de plusieurs facteurs. En effet, cette violence peut provenir du patient, de par sa maladie, ses symptômes, et dépend d'une certaine intentionnalité. Cette violence peut aussi être induite par des facteurs plus extérieurs, comme l'organisation du milieu hospitalier, et ses limites. Face à cette violence, les infirmiers adoptent des réactions différentes. En effet, nous avons pu voir que la réaction face à la violence est très subjective. Ces attitudes ont tout de même un but commun, celui d'entreprendre une sécurisation de l'environnement, aussi bien pour les soignants, que pour les patients. Selon les professionnels de santé, nous avons également pu comprendre que l'expérience professionnelle permet de mieux appréhender et anticiper ces situations de violence. J'ai donc pu analyser la violence dont j'avais pu être témoin au cours de mes différents stages, au sein du milieu psychiatrique. Il semble alors que la violence en psychiatrie fasse partie du quotidien des soignants. Néanmoins, je partage l'avis des infirmiers, selon lequel la forme de violence la plus récurrente est verbale. J'ai moi-même pu en être victime durant les différents stages que j'ai effectués. Par ailleurs, l'infirmière m'a apporté une vision nouvelle concernant l'apaisement par traitement médicamenteux. En effet, pour gérer la violence des patients, il me paraissait évident de toujours essayer des alternatives thérapeutiques. J'ai pu assimiler l'idée que certains patients sont eux-mêmes demandeurs d'une aide médicamenteuse. Cela a donc permis de mûrir ma réflexion quant à la sédation, et la nécessité d'une administration médicamenteuse, pour le bien-être des patients mais aussi celui de leur entourage.

Par ailleurs, les émotions sont, comme nous avons pu le constater, très présentes au sein des services de soins de psychiatrie. Chaque soignant est amené à ressentir de la peur, de l'anxiété, ou même de la colère. Ces émotions vont dépendre de l'infirmier lui-même, mais aussi du patient et de sa pathologie. Durant mes stages, j'ai moi-même pu ressentir diverses émotions, comme les infirmiers que j'ai interrogé. A l'issue de ces interviews, je me suis davantage identifiée aux réponses de l'infirmière. Les émotions comme la peur, et le stress,

que j'ai pu ressentir lors de situations de violence en psychiatrie, me sont plus familières que la tristesse ou le réflexe de colère, dont parle l'infirmier.

Ces émotions vont jouer un rôle quant à l'approche du patient, et à la manière de l'aborder. Les communications verbales et non verbales vont alors dépendre des émotions ressenties par le soignant. Nous pouvons retenir de manière générale, que lors de situations violentes, la communication non verbale est importante, et qu'il est préférable d'adopter une attitude neutre, et d'adapter sa proxémie. L'écoute et le regard, vont également permettre au patient de s'exprimer. Malgré la violence, une relation d'aide peut se mettre en place, visant à accompagner le patient vers une adaptabilité comportementale. Personnellement, la communication que j'ai pu avoir avec des patients violents était instinctive. Pourtant, elle est semblable à celle des attitudes à adopter, selon les différents auteurs de mes recherches, et selon les professionnels de terrain. Je me demande alors s'il existe un certain instinct à la communication, une adaptation inconsciente du comportement humain face à la violence.

Durant ce travail de recherche, nous avons pu comprendre que selon l'environnement de soin et le contexte, le soignant peut être plus ou moins déstabilisé face à la violence. Les émotions, l'organisation institutionnelle et la présence de personnel de santé, peuvent être des facteurs influençant le sentiment de sécurité de l'infirmier. On peut ainsi relever l'importance du travail d'équipe en psychiatrie, qui a un rôle de sécurisation, mais qui peut également servir de soutien, dans la gestion de la violence. De plus, selon Armel Rivallan, cadre supérieur de santé en psychiatrie, l'équipe est inhérente au soin car "Une restitution clinique en équipe est indispensable car il n'existe pas de soins sans aller-retour entre relation duelle et partage en équipe." (mars 2013, page 43). Par ailleurs, pour faire face aux situations de violence, divers professionnels de santé, comme les médecins du travail, ou les psychologues, peuvent être sollicités. Au fil de mes recherches, l'équipe m'est alors apparue comme élément essentiel au sein d'une unité de psychiatrie. J'ai souhaité rechercher l'avis des professionnels sur cet élément. En effet, je souhaitais comprendre si la posture professionnelle avait un lien avec le sentiment de sécurité, et le fait de se reposer sur l'équipe. En tant qu'élève infirmière, durant mes stages, je veillais souvent à la présence d'un professionnel de santé à proximité. Je comprends aujourd'hui que cet élément est en effet indispensable pour se sentir en sécurité dans une unité de soin psychiatrique, aussi bien pour les étudiants, que pour les différents professionnels de soins.

D'autre part, les soignants sont également conscients de leur droit de porter plainte auprès d'un patient qui s'est montré violent. En effet, selon un article de 2018, écrit par David Colmont, directeur de soins, "Ce qui est clair et ne doit pas faire débat, c'est la dénonciation de cette violence. Les cadres, les directions des soins, doivent tout mettre en œuvre pour que les victimes portent plainte. Les salariés doivent faire l'objet d'une action appuyée de suivi et d'accompagnement dans leurs démarches."(novembre, décembre 2018, page 1).

Au final, concernant ma question de recherche initiale, j'ai pu comprendre que les émotions du soignant sont à la base de la relation soignant-soigné. Elles vont permettre l'adaptation de la communication avec les patients, et vont influencer le sentiment de sécurité du soignant. Je n'ai par ailleurs pas pu établir de réelle corrélation entre communication avec le patient et sentiment de sécurité du soignant. Si ce n'est que, là encore, ce sont les émotions qui établissent un lien entre ces deux notions. Par ailleurs, nous avons pu comprendre que la communication avec les membres de l'équipe, elle, permet d'assurer un sentiment de sécurité pour le soignant.

Tous ces éclairages m'ont suscités des questionnements tels que : comment la communication se construit-elle selon le développement de l'être humain ? Comment se développe la relation à l'autre ? Ainsi, cette réflexion nous guide vers une nouvelle question de recherche qui est : En quoi l'enrichissement des compétences relationnelles de l'infirmier par un développement personnel influe-t-il sur la relation à l'autre en regard d'une situation complexe ?

## VI. Conclusion

Après l'exposition de recherches théoriques, de l'analyse de pratiques professionnelles, et de mon positionnement professionnel, nous aboutissons donc à la conclusion de ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers.

Ce travail s'est construit en plusieurs étapes.

Tout d'abord, à partir d'interrogations personnelles, et professionnelles, il a fallu élaborer une première question de recherche.

Dans un deuxième temps, afin de soulever de nouveaux questionnements, et d'éclairer les notions clés de mon sujet, j'ai développé un cadre théorique. Ces recherches m'ont également permis de développer des connaissances en terme de recherche documentaire.

Par la suite, afin d'exploiter au mieux le précédent travail, il a fallu corrélérer ces apports avec des données du terrain de soin. Pour cela, il a fallu élaborer un guide d'entretien, dans lequel les interrogations étaient basées sur des objectifs, en lien avec ma question de recherche initiale.

Ainsi, j'ai pu rencontrer deux infirmiers au sein de leur service professionnel. Ils m'ont fait partager leurs points de vue et leurs expériences. Grâce à l'étude de ces entretiens, et à l'élaboration de mon cadre théorique, j'ai pu aboutir à mon travail d'analyse.

Enfin, la discussion de ce travail a permis de faire avancer l'interrogation que suscitait la question de départ. Cette critique m'a permis de m'exprimer quant à mon regard d'étudiante infirmière, et d'apporter de nouveaux questionnements sur ma pratique soignante.

Les rencontres avec les professionnels de santé m'ont amenées vers un vrai travail de réflexion, quant aux pratiques professionnelles que j'ai pu observer pendant mes trois années de formation. En l'occurrence, pour ma future pratique professionnelle, je sais que les émotions sont inhérentes au soin. Bien que les soignants en psychiatrie soient quotidiennement au contact de la violence, celle-ci ne doit pas être banalisée, mais écoutée. En tant que future soignante, j'ai compris que le travail en équipe est primordial, notamment dans le milieu psychiatrique. Je sais à présent que la communication doit être adaptée au patient, mais qu'elle s'adapte aussi selon les émotions du soignant. La relation soignant-soigné est avant tout une relation humaine, sans laquelle aucune démarche de soin n'est possible. Cette démarche doit être personnalisée. Il faut pouvoir établir un lien entre l'histoire personnelle du patient, et ses manifestations comportementales.

Au final, cette expérience de recherche s'est présentée comme une occasion d'échanger avec d'autres professionnels sur un sujet qui m'intéressait particulièrement. Ce travail a pu

être mené à bien grâce à un réel accompagnement des formateurs de l'institut de formation, en parallèle de la mise à disposition de nombreuses ressources culturelles.

## Bibliographie

Ambrosini Gisèle, Noël Véronique. Décembre 2007. Repères pour prévenir la violence. *Santé mentale*, n° 123, pages 12 à 14.

Bioy Antoine, Bourgeois Françoise, Nègre Isabelle. 2013. Communication soignant-soigné, Repères et pratiques (3ème édition). Paris : Editions Bréal.

Bourgeois Françoise. Janvier 2016. Définir et repérer les situations de soins sources de violences. *La revue de l'infirmière*, n° 217, pages 45 à 46.

Carbou Nicole, Gueudry Valérie, Legendre Bernard, Levillain Pascale, Niel Marie-Claude. Avril 2006. Un référentiel des soins infirmiers en santé mentale. *Soins*, n°704, page 48 à 53.

Colmont David. Novembre Décembre 2018. Trop de violences envers les soignants. *Oxymag*, n°163, page 1.

Communication. (1997). Dans Dictionnaire fondamental de la psychologie. Paris: Larousse-Bordas.

Cudicio Catherine, Cudicio Patrice. 1992. P.N.L et relation thérapeutique. Rueil-Malmaison: Editions Lamarre.

Friard Dominique. Avril 2014. De l'agitation à la violence. *Santé mentale*, n°187, page 20 à 24.

Ivanov-Mazzucconi Stefka, Digonnet Emmanuel, Leyreloup Anne-Marie (2005). Violence. Dans Dictionnaire infirmier de psychiatrie (page 199). Paris: Editions Masson

Kassapian Jennifer. Avril 2012. La communication non verbale. *Soins Aides soignantes*, n° 45, page 18-19.

Michaud Ginette. Novembre 2003. La tentation de la violence. *Santé mentale*, n° 82, pages 42 à 46.

Morasz Laurent. Novembre 2003. La violence et le soin en psychiatrie. *Santé mentale*, n°82, pages 20 à 25.

Morasz Laurent. 2002. Comprendre la violence en psychiatrie. Approche clinique et

thérapeutique. Paris: Editions Dunod.

Ponte Carène. Mai 2007. Violence en établissement de santé, éclairage juridique. *Soins*, n° 715, pages 37 à 38.

Raoult Patrick Ange. Avril 2014. Le soignant face à l'agitation et à la violence. *Santé mentale*, n° 187, pages 66 à 70.

Rivallan Armel. Mars 2013. La relation soignant-soigné en psychiatrie. *Soins*, n°773, pages 41-43.

Sable Raphaël. Février 2007. De la violence en psychiatrie. *Soins Psychiatrie*, n° 248, pages 12-13.

Salomé Jacques. Citations Violence, page 9. Repéré à <https://citation-celebre.leparisien.fr/citation/violence?page=9>.

Seymour Jean-Michel. Mai/juin 2007. La place de l'infirmier en psychiatrie et en santé mentale aujourd'hui. *Soins psychiatrie*, n° 250, page 31 à 34.

Venuat Florent. Octobre 2010. Quelle attitude adopter face à la violence en milieu psychiatrique ?. *Aides soignantes*, n° 36, page 16.

Venuat Florent. Août 2011. Faire face à la violence et aux troubles du comportement en psychiatrie. *Aides soignantes*, n° 41, pages 8 à 9.



## Sommaire des Annexes

Annexe I : Première situation d'appel  
Questionnement

Annexe II : Deuxième situation d'appel  
Questionnement

Annexe III : Grille documentaire

Annexe IV : Guide d'entretien

Annexe V : Entretien 1 - Infirmière 1

Annexe VI : Entretien 2 - Infirmier 2

Annexe VII : La définition de la notion de violence par l'infirmier

Annexe VIII : Les réactions soignantes face à la violence

Annexe IX : Les caractéristiques de la violence et les différentes émotions de l'infirmier face à un patient violent

Annexe X : Les émotions et le sentiment de sécurité du professionnel de santé

Annexe XI : L'influence des émotions soignantes sur la communication avec un patient violent

Annexe XII : La relation soignant-soigné face à la violence du patient

Annexe XIII : Les moyens mis en place par l'infirmier face à la violence

## **Annexe I : Première situation d'appel**

“Je suis étudiante infirmière au sein d'une unité de pédopsychiatrie. Un après midi, un patient revient d'une matinée passée à l'extérieur avec son éducateur spécialisé. L'unité est fermée à clé, ils sonnent à la porte pour qu'on aille leur ouvrir et entrer dans l'unité. J'entends la sonnette de l'unité et me dirige donc vers la porte pour leur ouvrir. C'est alors que nous nous apercevons, avec l'éducateur spécialisé, de l'agitation de l'enfant. Aurélien est un enfant de douze ans, atteint de troubles du comportement. Il peut faire preuve d'agressivité envers les soignants, envers lui-même mais également envers le matériel de l'unité. En effet, il est très fréquent que les vitres soient changées dans l'unité. Il souhaite rester dehors jusqu'au repas du midi et je suis seule face à la situation. Aurélien commence à s'agiter d'autant plus et commence à courir dans la cour devant l'unité. Je décide alors de sortir, de refermer la porte à clé et de tenter de canaliser Aurélien à l'extérieur. L'éducateur spécialisé prend la décision de me laisser seule avec Aurélien et de repartir. Ainsi, je me retrouve dehors, seule, avec Aurélien qui commence à adopter un comportement agressif vis à vis de l'établissement. Il prend des cailloux et les jette contre la façade, les vitres des bureaux de l'unité (bureau du cadre, des secrétaires et du médecin) et les portes en verre de l'unité. Je tente de le raisonner mais il ne m'entend pas. C'est alors que le médecin présent ce jour-là, se dirige vers la porte d'entrée. Il est observateur de la scène et rentre dans l'unité sans intervenir activement dans la situation. Face à la situation je décide alors d'adopter un comportement calme, un ton de voix naturel, sans cris. Je ne souhaite pas faire monter la tension, au risque qu'Aurélien s'en prenne à moi. Je m'éloigne un peu de lui, je garde une distance de quelques mètres. Je tente de le raisonner de façon calme, lui demande poliment de cesser ses gestes envers la façade du bâtiment. Au bout d'un certain temps, je tente de changer de sujet et lui demande ce qu'il a fait comme activité dans la matinée. Bien qu'il semble toujours agité, il se dirige vers la table de pique-nique non loin de là et commence à jouer avec les branches d'un arbre. Je le suis, je m'assois sur la table près de lui et tente de créer un lien avec lui pour que nous rigolions un peu. Nous parlons des activités qu'il aime faire. Au bout d'une vingtaine de minutes, je réussis à canaliser Aurélien. Nous arrivons à rentrer dans l'unité. Lors de cette crise, une vitre a été impactée et les murs abîmés. Par la suite, de retour dans le service, il n'y a pas eu d'échanges sur la situation avec l'équipe.”

### Questionnement

Comment apaiser une situation de tension dans le milieu soignant? Comment aborder un pré-adolescent, avec des troubles du comportement? Quel ton de voix faut-il adopter avec un enfant en crise violente, qui représente un danger pour les autres et lui-même? Comment conserver la sécurité du patient, des autres patients, et des soignants présents en cas de crise violente? Comment se protéger? Pourquoi les autres soignants n'ont-ils pas réagi face à la situation? Quelles sont les attitudes soignantes face à la violence?

Quelle proxémie et quelle posture adopter face à l'enfant agressif? Comment se montrer présent, être dans le soin sans envahir l'espace intime de cet enfant en crise? Il y-a-t-il une banalisation de la violence dans le service qui aurait poussé les autres soignants à ne pas intervenir?

En quoi la violence influence-t-elle le prendre en soin infirmier ? Dans quelle mesure le soignant peut-il prendre soin d'un patient s'il se sent lui-même en danger? Dans quelle mesure les émotions prennent-elles le dessus sur le prendre soin? Dans quelle mesure s'inscrit la limite de soin du soignant lors d'une relation violente avec un patient? Dans quelle mesure un soignant peut-il se sentir en sécurité dans une unité de psychiatrie où des réactions de violence peuvent apparaître? Quelle est la place de l'émotion chez le soignant dans un service de psychiatrie?

## **Annexe II : Deuxième situation d'appel**

Je suis étudiante infirmière en deuxième année de formation. J'effectue mon stage en pédopsychiatrie dans un centre hospitalier. Le stage que j'effectue se déroule sur une durée de dix semaines. Je suis actuellement à la fin de mon stage. En effet, j'ai pu au cours de ces semaines, prendre confiance en ma pratique et mon positionnement de stagiaire et futur positionnement professionnel. Je suis à l'aise avec les patients et les autres soignants que je connais. J'ai pu observer au long du stage, les attitudes des soignants envers les patients, lors d'une crise de violence par exemple. J'ai pu moi-même y être confrontée à plusieurs reprises avec des patients présents dans l'unité. L'unité dispose d'une salle à manger, dédiée aux repas thérapeutiques pour les patients et les soignants. Ce jour-là, je suis d'horaire de soir. Je commence à 13h50 et je termine aux alentours de 21h30. Ainsi, comme tous les soirs, nous dinons tous ensemble dans cette salle. Après le repas, le temps que les soignants terminent la vaisselle dans la salle, les jeunes du service peuvent s'installer dans la salle de jeux avant de monter se coucher à l'appel des soignants. Ce soir-là, un adolescent, Bruno, venu pour déscolarisation, troubles du comportement, logorrhée et agressivité, erre dans les couloirs. Je lui demande de bien vouloir éteindre son MP3 avec lequel il écoutait de la musique, afin de monter dans sa chambre en même temps que les autres jeunes. A ce moment, Bruno se place dans un coin entre le mur et l'entrebâillement d'une porte. Il adopte un comportement logorrhéique. J'observe qu'il est agité, mais continue de l'écouter pour ne pas hausser le ton entre nous. Voyant que la conversation ne s'arrêtait pas, l'aide-soignant est venu nous voir. C'est alors que Bruno s'est mis à être nerveux. Je lui ai demandé une dernière fois de monter mais, étant donné qu'il me coupait la parole et qu'il s'agitait, l'aide-soignant a monté le ton. En voulant le prendre par le bras pour l'accompagner vers la porte de l'étage, Bruno s'est mis à crier, à vouloir taper l'aide-soignant. Je me suis alors mise à l'écart pour éviter une éventuelle agression. Alerté par les bruits, l'infirmier qui était avec nous ce soir-là a accouru. La violence de Bruno s'est multipliée et ses insultes également. L'équipe a alors dû alerter les unités voisines pour que des soignants de sexe masculin viennent les aider à maîtriser le jeune homme. Alors, Bruno a pu être maîtrisé par la force et emmené dans sa chambre.

### Questionnement

Le fait d'avoir de l'expérience dans le service où le soignant travaille, peut-il avoir un impact sur le sentiment de sécurité et le prendre soin d'un patient?

La mixité de genre dans une équipe de psychiatrie influence-t-elle la prise en soin du patient? En quoi les émotions du soignant participent-elles au prendre soin du patient?

Quelles émotions ou mécanisme de défense se mettent en place chez le patient et le soignant en cas de violence?

Dans quelle mesure l'attitude d'un soignant peut engendrer une forte émotion et/ou une réaction chez le patient?

## Annexe III : Grille documentaire

<u>Références complètes de l'ouvrage ou de l'article:</u> Morasz L., (2003) La violence et le soin en psychiatrie. Santé mentale (n°82) p20-25.
<u>Présentation de l'auteur:</u> Laurent Morasz est un psychiatre, psychanalyste et directeur de l'institut de formation
<u>De quoi traite le livre ou l'article (résumé) :</u> L'article du périodique de Santé Mentale, traite de la violence en son sens général, il définit

Extraits et citations	Idée principale/ Intérêt
“Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participation symboliques et culturelles”. pages 21-22	Définition du terme de violence. Exposition des différents aspects et impacts que la violence peut avoir sur différents acteurs.
“2-Les types de violence: - violence physique - violence verbale - menace de violence - violence psychique - violence sexuelle “ page 23	Dans un tableau de démarche d'analyse des comportements violents, Laurent Morasz recueille les différents types de violence. Cela permet de différencier les violences qui peuvent être créées et/ou subies.

<p>“5- Le degré de conscience:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- degré 1 : violence “involontaire” avec capacité de jugement altérée(ex: sujet délirant halluciné)</li> <li>- degré 2 : violence “réactionnelle”, conscience préservée mais débordement émotionnel (ex: sujet alcoolisé désinhibé mais ayant gardé un contact avec la réalité)</li> <li>- degré 3 : violence “volontaire” et délibérée (ex: sujet psychopathe)”</li> </ul> <p>page 23</p>	<p>Toujours dans la même démarche d’analyse de Laurent Morasz, nous pouvons constater ici qu’il y a plusieurs degrés de conscience dans les comportements violents. En effet, on peut ainsi comprendre que ces comportements violents peuvent être plus ou moins intentionnels, et plus ou moins altérés par un désordre psychologique de l’acteur des violences.</p>
<p>“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L’agression motivée par une condition désagréable est entreprise dans le but de réduire ou d’échapper à un malaise, à un mauvais traitement ou à une situation stressante. [...]</li> <li>- L’agression motivée par un facteur externe qualifie, elle, une agression réalisée en vue d’atteindre des buts autres que la blessure de l’agressé. [...]</li> <li>- L’agression expressive est, quant à elle, motivée par le désir de s’exprimer par la violence. [...]</li> </ul> <p>Le fait que la violence exercée sur les soignants soit défensive, instrumentale ou expressive est fondamental en pratique clinique psychiatrique, tant elle éclaire la dynamique dans laquelle se situe le patient dans l’acte dans ce qu’il vient signifier.” page 22</p>	<p>Dans cette citation, Laurent Morasz approche les principales causes et motivations des actes violents. Lors de comportements violents, un impact sur les soignants a alors lieu, mais nous comprenons qu’il soit possible que ce ne soit pas la première intention de l’acteur violent, et que démonstrativement, cet acte violent reflète en fait la dynamique dans laquelle se situe le patient.</p>

## **Annexe IV : Guide d'entretien**

### La violence du patient en psychiatrie:

- Qu'est-ce que la violence en psychiatrie pour vous?

Objectif: Définir le terme de violence selon l'infirmier, et le rapport entre les différents acteurs dans ce contexte.

### Attitude et réactions infirmières face à la violence d'un patient:

Décrivez-moi une situation de violence en psychiatrie que vous avez vécue.

Face à une situation de violence est-ce que vos réactions ont évoluées au cours de votre expérience professionnelle?

Objectif: Identifier les réactions infirmières face à la violence et l'impact de l'expérience professionnelle.

- Quelle est la place de la violence dans votre exercice professionnel? Quelles émotions ressentez-vous face à la violence d'un patient?

Objectif: A quels types de violence sont confrontés les soignants, et quelles émotions peuvent-ils ressentir face à cette violence.

- Est-ce que vos émotions ont un impact sur votre sentiment de sécurité?

Objectif: Savoir si les émotions des soignants face à la violence d'un patient influencent leur sentiment de sécurité au sein d'un service de soin.

### Communication avec le patient:

- Est-ce que vos émotions influencent la communication avec le patient?

Objectif: Comprendre comment la communication se construit avec un patient violent selon les émotions du soignant.

- Quelle relation avez-vous avec un patient qui se montre /qui s'est montré agressif envers vous ou vos collègues?

Objectif: Savoir si la relation soignant-soigné est influencée face à la violence du patient.

### Moyens mis en place par l'infirmier face à la violence d'un patient:

- Comment gérez-vous vos émotions/réactions dans votre travail face à un patient violent?

Objectif: Savoir quels sont les moyens mis en place par l'infirmier pour faire face à une situation violente.

## **Annexe V : Entretien 1 - Infirmière 1**

ESI: Alors la première grande question c'est qu'est-ce que la violence en psychiatrie pour vous?

IDE: C'est très vaste ... la violence en psychiatrie euh ... alors effectivement on va pouvoir développer euh, déjà il y a la violence alors si on parle au niveau des patients on va faire comme ça à la ligne. Il y a la violence verbale, la violence physique. Je dirai qu'au niveau des soignants il peut aussi y avoir des fois de la violence, il peut y avoir de la maltraitance. Il peut aussi y avoir de la violence institutionnelle, de la part de l'institution, de l'hôpital, des conditions de travail, qui font partie des violences institutionnelles. En gros, si je développe chaque point: la violence verbale des patients, ça peut passer par les insultes, ça peut passer par des menaces, après je ... la violence peut faire partie des symptômes, ou pas, chez certains ça fait pas partie des symptômes. Donc voilà, de la violence verbale, de la violence physique, avec les coups, tout ce qui est passage à l'acte, agressif, je dirais même du patient envers le soignant, patient envers un autre patient. La violence des soignants je pense que maintenant on est peut-être plus sensibilisés, on essaye de réfléchir à nos pratiques, ou en tout cas ici je sais qu'on est dans un service où déjà toute l'équipe travaille sur la même longueur d'onde et on questionne nos pratiques. On est bien entouré médicalement parlant, on est soutenus par nos médecins, donc je te dis on arrive à se mettre d'accord sur les prises en charge, j'ai jamais vu de maltraitance dans l'unité en tout cas envers un patient.

ESI: D'accord

IDE: Après j'en ai déjà vu dans d'autres services, euh où c'était des patients par exemple chroniques, où les soignants étaient à bout parce que ça faisait dix ans qu'ils étaient dans le même service, c'est ça aussi la violence institutionnelle. De laisser les gens, de pas accorder leurs souhaits de changement d'unité... mais ici non. C'est tellement vaste la maltraitance aussi. C'est vrai quand on fait la formation maltraitance, ne pas répondre à une sonnette limite immédiatement, c'est de la maltraitance.

ESI: Oui c'est vrai, quelque part oui...

IDE: Donc moi je parle vraiment des gros gros cas de maltraitance parce que sinon on n'a pas fini.

ESI: Oui... c'est clair

IDE: Voilà ... la violence institutionnelle ouais je t'ai dit quelques pistes de ce que l'institution nous impose comme conditions de travail et qui font que nous on doit faire avec ce qu'on a pour essayer de prendre en charge au mieux les patients. et des fois ouais ... bah là typiquement on a un patient qui n'a pas de chambre, qui est en fin de CSI, et là pour l'instant on a une chambre mais on sait pas si c'est pour lui donc peut-être qu'il va rester en CSI. Voilà, je veux dire c'est ... la violence



institutionnelle aussi pour les patients. Il y a pas que ... faut pas se limiter qu'aux violences physiques et verbales des patients envers les soignants. Tout le monde à tous les niveaux peut être concerné.

ESI: Ouais ...ok ... Et est-ce que vous par exemple ça vous touche, euh, est-ce que vous avez déjà eu une situation de violence qui vous a touchée vous?

IDE: Oui. Oui oui oui. Plusieurs fois. Alors après, oui, j'en ai eu, il y en a eu quelques-unes, après il y en a une dont je me souviens où je sais que je me souviens de la sensation que ça m'a fait. Un patient qui était pas content, qui voulait sortir mais qui voulait pas sortir, bref, le médecin en a eu marre, il a dit bon vous sortez quand vous serez d'accord avec le programme de soins, enfin le contrat de soins plutôt, et vous reviendrez, on repart à zéro. Et en fait, il voulait une autre demande, je sais plus pourquoi, et en fait moi j'étais à l'ordinateur dans le bureau là-bas et il traverse la salle d'un coup, je vois le poing fermé, moi j'étais assise, et là je bouge pas, et là je me dis j'ai intérêt d'avoir des réflexes parce que je vais m'en prendre une, je me prépare, et là en fait il donne un grand coup dans l'écran de l'ordinateur. Là mais j'ai senti l'adrénaline, mais tu sais comme un frisson vraiment qui te glace le dos, et tu te dis han, t'as l'impression que ton cœur il s'arrête, et après il bat la chamade. Mais plusieurs fois. Plusieurs fois il y a eu ça. J'ai eu une collègue aussi qui a failli se prendre un coup, ben c'est pareil ouais t'as des montées d'adrénaline où tu te dis ouais bon tu protèges ta collègue, il faut pas faire mal au patient non plus donc bon, ça fait beaucoup de truc à penser en même temps. Après à chaque fois, moi j'ai une espèce de sensation où quand le patient est agressif où on sent que c'est tendu, je trouve que ça me fige mais c'est comme si je prenais sur moi, je garde mon calme et on essaye de parler avec le patient. Voilà, pas crier plus que lui, ou voilà, je me dis ouais il y a toujours cette sensation là quand un patient commence à s'énerver. Tu le montres pas parce que il y en a qui peuvent se servir de ça. Il y a des patients pour qui ça va passer inaperçu mais il y en a qui peuvent s'en servir et chercher à l'atteindre et à t'impressionner. Mais c'est vraiment quelque chose à l'intérieur de moi, c'est pas un frisson, c'est un ... ouais je sais pas, une montée d'adrénaline ouais ... voilà ...

ESI: Et donc quelle place à cette violence-là dans l'exercice professionnel?

IDE: Donc on parle de la violence des patients?

ESI: Euh ... oui mais on peut élargir

IDE: Ouais, ok. Alors euh ... la violence des patients. Alors je dirais que la violence physique à proprement parler c'est pas ce qu'on rencontre le plus. Non, je ... ça arrive mais euh c'est pas notre quotidien contrairement à ce qu'on pourrait penser. La violence verbale par contre beaucoup plus. Beaucoup plus. Là on a eu le cas encore avec un patient ce week end où il est dans la toute-puissance, dans la provocation, qui nous insulte, qui fait des insinuations devant les autres patients, ça nous décrédibilise complètement. Ça par contre c'est très très fréquent. Ou des

patients intolérants à la frustration qui nous balancent des insultes, limite gratuitement j'ai envie de dire. Je reste persuadée avec le recul que oui certaines formes de violences sont des manifestations de symptômes, voilà le patient est en décompensation, ou halluciné, ou voilà donc euh ... ça justifie pas hein, mais voilà ... Ça peut être induit et à la fois je trouve que pour certains patients c'est totalement gratuit. Je suis peut-être la seule à me le dire ... mais je trouve qu'avec le recul ... moi ça fait sept ans, je suis arrivée en 2012 ... huit ans que je travaille ici, et voilà je me dis bah typiquement le patient dont je te parlais là, qui nous insultait, qui était dans la toute-puissance, il a pas de symptômes psychotiques tu vois, il est plus psychopathe. Donc voilà, en soi il est conscient de ce qu'il fait et ... surtout quand il y a le petit rictus derrière. Ça ça peut entraîner un comportement violent chez l'autre parce que vraiment c'est révoltant de soigner...euh ... là on était rendu là avec l'équipe on était à bout avec ce patient parce que en gros le médecin était en vacances et les autres médecins voulaient pas le ... ils l'auraient bien fait sortir mais comme c'était pas un de leur patient, ils voulaient attendre le retour du médecin référent sauf que du coup ben tout le week end il a fait la misère dans le service, aux autres patients, aux collègues, aux familles, et donc là il est sorti ce matin. Ça entraîne chez nous un sentiment quand même où on a envie que le patient parte parce que on voit pas l'intérêt, on voit pas où est notre place dans cette prise en charge, on voit pas quelle place on a. Et justement je pense qu'aussi ça pourrait vite dégénérer et ... oui des fois des propos pourraient peut-être dépasser notre pensée. Surtout que lui en plus il avait un côté violent quand même ... Il aurait pu avoir un côté violent donc bon ... il s'est contenu physiquement

ESI: Un côté violent? Physique du coup?

IDE : Oui un côté violent physique. Je pense qu'il en a rien à faire de taper. Il a frappé un autre patient ce week end. Mais ça attire du rejet je pense. Moi c'est comme ça que je le ressentais quand j'ai vu qu'il était là encore aujourd'hui. On m'a dit le comportement qu'il avait eu ce week end, je me dis il est violent avec tout le monde, il est encore là, il a rien à faire là parce qu'il est pas dans le soin, euh on ne sert à rien. Donc voilà, qu'est ce que fait ... Le médecin a fini par le faire sortir ce matin.

ESI: C'est intéressant la notion de rejet

IDE: Ah oui bah oui, après je ouais, je dirais rejet parce que on connaît un peu ce patient, et on sait qu'il vient parfois pour tirer des bénéfices secondaires à l'hospitalisation. Le fait d'être hébergé, nourri, voilà quoi. Il a aucun endroit où aller. Donc forcément quand ce patient arrive, n'est pas dans le soin, et en plus met la zizanie dans le service, forcément que nous on trouve pas notre place, forcément qu'on n'a pas envie d'aller vers lui quoi. C'est pas souvent que ça arrive ce genre de situation, je pense vraiment que... je veux pas banaliser la violence mais vraiment oui, quand il y a des symptômes derrière on le prend pas de la même manière que quand il y en a pas. Même les patients quand ils sont vraiment en phase aiguë, qu'il y a des violences, on peut toujours reprendre ça avec eux après, et souvent soit ils ont oubliés, ou alors on reprend ça avec eux et ils

s'en excusent. Je veux dire ... voilà.... on l'aborde autrement. Mais c'est vrai que ce genre de patient, typiquement, je pense que..., et l'équipe serait d'accord avec moi parce que on en a parlé encore avant que tu arrives, pour dire que oui, on le rejetait complètement ce patient.

ESI: D'accord. Du coup on a parlé un peu de la fréquence de la confrontation à la violence. Du coup il y a plus de violence verbale, c'est ça?

IDE: Ouais, oui.

ESI: Et violence physique du coup, c'est ...?

IDE: Physique, han je saurais pas. Alors violence physique entre les patients, alors ça c'est beaucoup plus fréquent. Surtout là depuis quelques temps, on a des patients qui sont là au long court et du coup ça peut faire des frictions entre eux, un coup ils s'entendent très bien, un coup ils vont se taper dessus. On a déjà dû intervenir plusieurs fois pour les séparer. Je pense à deux/ trois patients. Et ça c'est très fréquent. Encore vendredi, alors samedi, c'est un patient, alors c'est un peu particulier, un patient atteint de trisomie 21, le soir on sait pas pourquoi va beaucoup moins bien, et en fait il donne des claques, bah ... à des gens qui ont rien fait hein il a été voir une patient âgée, il lui a mis une droite, elle lui avait pas parler, elle lui avait rien dit, et elle l'a jamais embêté. Donc là c'est plutôt, je dirai du quasi quotidien la violence physique entre les patients. Et entre patients et soignants, ben ... je saurai pas dire ... je sais pas si on peut dire une fois par semaine parce que c'est pareil je pense à l'intimidation. Parce que là je m'imagine quand je parle de violence, je pense aux passages à l'acte, mais je me dit il y a aussi tout ce qui est intimidation, donc voilà c'est pas encore un passage à l'acte, mais ça reste de la violence quand même que d'intimider un soignant pour obtenir euh ... mais là c'est pareil ça dépend des patients, des profils de patients. Violence physique, vraiment passage à l'acte envers les soignants, une fois tous les trois semaines peut-être...

ESI: Voilà après c'est à peu près

IDE: Voilà c'est à peu près, c'est vraiment...

ESI: En tout cas il y a plus de violence verbale que de violence physique.

IDE: Ah oui, ah oui oui. Dans notre secteur parce que je pense que c'est différent ... Parce que nous on a un secteur très rural, et c'est pas les mêmes pathologies que quand tu vas sur les secteurs de la ville de Rennes.

Toxicomanie, schizophrénie, on a des patients aussi schizophrènes, on a des patients alcooliques, quelques-uns toxicomanes, mais je me dis c'est pas la même population. Je pense que nous là-dessus on est un peu mis à l'écart. Bon ... ça stagne un peu en ce moment, mais on a pas des patients au long cours non plus ... quelques-uns mais je veux dire c'est pas un service de

chronique. Je pense à un service où on n'arrête pas d'être appelé en renfort à cause de patient qui tous les jours clashent. Mais nous ça va on est un peu épargné avec ça.

ESI: D'accord. Face à un situation de violence .... Parce que ça fait huit ans ? Dans le service où ...?

IDE: Non sur l'hôpital. Après j'ai fait un an sur le pool de l'établissement et après j'ai fait deux ans dans un autre service et trois/quatre ans ici...

ESI: Du coup, avec l'expérience professionnelle, est-ce que les réactions face à la violence ont changées? Évoluées?

IDE: Oui. Je trouve que oui. Oui oui oui. Je pense que ... désolée je réfléchis ... Avec le recul, on l'appréhende pas de la même manière, euh ... je trouve que même si j'ai toujours cette sensation en moi quand un patient s'énerve mais ... je vais plus facilement prendre sur moi, prendre du recul, prendre le temps de parler avec le patient, ne pas s'affoler. Chose qu'en début de carrière, tout de suite le patient tu sens qu'il monte, limite si tu tires pas sur le PTI, si t'appelles pas les renforts et tout. Là on se dit, bon ben on y va à deux, on tente d'abord sans prendre de risque, c'est vrai que parfois on a tendance à un peu foncer tête baissée, et ça nous a été rappelé en formation, je sais pas si t'as eu l'occasion d'en entendre parler, OMEGA. C'est une technique de gestion de l'agressivité, ça vient du Canada. Il y a une partie théorique, et une partie pratique, où on apprend à se défendre, en cas d'intervention par exemple pour un patient agité, comment le maîtriser rapidement, sans lui faire de mal, en étant le moins violent, entre guillemets, possible. C'était intéressant, et justement c'est vrai qu'on..., ça remettait nos pratiques en question parce que souvent on fonce tête baissée, on se rend pas compte du danger qui peut nous attendre. Donc voilà il faut garder ça en tête, ça peut dégénérer mais en attendant, je trouve quand même que avec les années ... je dirais pas qu'on a plus peur, non, c'est pas vrai, on a toujours peur, mais on gère autrement.

ESI: Est-ce que du coup il y a plus d'anticipation? Avec l'expérience? Est-ce que tu repères plus vite les signes par exemple?

IDE: Oui tu fais bien de me dire ça, parce que typiquement on a certains patients, qui..., on le sens, dans leur regard, ça vrille. Et là tu te dis c'est pas bon signe. Donc dans ces cas-là en général, on y va à un ou deux, des gens avec qui il a une bonne accroche: venez prendre votre si besoin. On sent que ça monte avant que ça prenne des proportions, et donc en général les patients prennent leur si besoin. C'est pas quelque chose que je faisais avant parce que peur de trop médicaliser le patient. Je me dis en fin de compte qu'il y a des patients qui vont le réclamer d'eux-mêmes, qui sentent que la tension monte, qu'ils vont casser des trucs, donc voilà ils viennent nous voir en disant je peux avoir un si besoin parce que sinon je vais tout péter. Sinon ça peut être quelque chose qui peut être abordé avec eux, par exemple on a un patient en ce

moment, typiquement on commence à le connaître très bien, c'est un patient qui est là depuis deux ans, on sent dans son regard qu'il y a quelque chose qui change, ou alors il va avoir la capuche, voilà. Et là tu te dis, bon ben Monsieur ... vous vous sentez moins bien, venez prendre votre si besoin. Il dit ouais t'as raison avant que ça monte. Ouais là-dessus on anticipe et on évite des crises je pense. Après des fois pas forcément hein, quand les symptômes sont trop présents, trop importants, ça finit par exploser mais effectivement, on a peut-être plus ce recul, parce que dans l'équipe on a une partie euh ... on est quelques-unes avoir un peu d'expérience ou beaucoup, et une partie jeunes diplômés, nouveaux arrivants. Et on voit bien que nous on hésite pas à donner des si besoins quand on sent que ça commence à monter pour justement éviter les crises, alors que les jeunes arrivants, jeunes diplômés n'ont pas forcément ce réflexe et souvent ça part en clash.

ESI: C'est parce qu'ils essaient plus d'être dans la communication ou c'est parce qu'il y a autre chose? Parce que qu'ils veulent pas donner de médicaments ou alors ils voient pas les symptômes?

IDE: Alors ils tentent de différer en disant que ça va passer par exemple quand le patient va dans sa chambre et c'est quelque chose qu'on a du mal à se dire et c'est parce que c'est quand même violent d'entendre ça mais je pense que les patients doivent être médiqués à un moment. Je veux dire quand ils sont en crise, en phase aiguë, il y a pas d'autres choix que de médiquer le patient, le sédaté, donc après bien sûr, ré évaluer la sédation et dès qu'on sent que c'est un petit peu trop, hop on baisse le traitement, mais vraiment pour passer cette crise et éviter les passages à l'acte sur les soignants, sur eux-même et sur les patients, il faut que les patients soient médiqués. Voilà ... après les jeunes arrivants ou les jeunes diplômés n'ont peut-être pas conscience de ça, et veulent peut-être essayer autre chose, d'autres techniques avant d'en arriver aux traitements, mais voilà des fois quand l'engrenage est lancé, et que la tension est là et que ça monte, des fois il y a pas d'autres choix. Des fois ça peut marcher hein, d'autres activités, d'aller faire un tour dehors, d'aller fumer une cigarette, mais parfois il faut plus.

ESI: Grande question: est-ce que vos émotions ont un impact sur votre sentiment de sécurité?

IDE: Est-ce que mes émotions ont un impact sur mon sentiment de sécurité ...

ESI: Par exemple les émotions qu'on peut ressentir face à la violence du patient, est-ce que ça, ça a un impact sur le sentiment de sécurité dans l'unité? Sur comment toi tu te sens en sécurité dans l'unité où tu travailles?

IDE: Moi je me sens ... oui je me sens en sécurité. Après je pense que je suis trop confiante. Je me méfie pas assez du danger potentiel, entre guillemets. C'était quoi la question?

ESI: Est-ce que vos émotions ont un impact sur votre sentiment de sécurité? En gros, les émotions que tu peux ressentir par exemple, la peur, le stress tout ça, est ce que ça a un impact sur ton sentiment de sécurité? Ou alors tu fais totalement la distinction, tu as peur sur le moment, mais tu te sens quand même totalement en sécurité dans l'environnement où tu travailles? Ou alors ça a un impact justement sur ...

IDE: Je dirai que ça dépend parce que des fois ... ouais c'est une sensation de peur, de stress quand le patient s'énerve. Ouais je suis pas en sécurité, je suis dans une pièce ... oui ... il y a pas ... où on voit l'environnement et on se dit bah mince où est ce que sont les collègues tout ça ... Enfin je sais pas si c'est ça que tu attends comme réponse ...

ESI: Si, si.

IDE: Ouais ? Oui effectivement oui là ... ou d'autre fois pas forcément ...

ESI: Donc ça dépend des situations?

IDE: Ouais ça dépend des situations, et de si on connaît le patient, parce que ... voilà on a quand même ... on croise souvent les mêmes patients et donc il y en a certains on sait qu'ils vont s'énerver, qu'ils vont être tendus, on les connaît, on sait comment ils sont, on parvient à trouver des solutions avec eux pour s'apaiser, alors médicamenteuse ou pas hein. Je sais que là-dessus on essaye d'être un peu plus, des fois de passer un peu au-dessus du cadre... on respecte la loi, on respecte l'hôpital, le service tout ça mais par exemple, je sais pas moi ... le patient s'énerve parce qu'il veut à tout prix prendre l'air, on a le patio, mais bon on se dit viens, on va dans le petit jardin, tu vas fumer une cigarette, voilà. On essaye toujours de, quand on sent que ça monte, de trouver des alternatives ... je m'éloigne là. Ouais on trouve des alternatives d'abord ... je réfléchis en même temps.

ESI: Oui ... mais c'est peut-être parce qu'elle est bizarrement posée ma question ...

IDE: C'est vrai que du coup je dérive, mais je me dis c'est vrai que je l'ai pas dit

ESI: Bah oui mais c'est des choses hyper importantes aussi ...

IDE: Je me dis que je parle des médicaments, je me dis ouais mais non, c'est vrai qu'on essaye d'autres trucs avant aussi, et voilà. Savoir le pourquoi de la crise, de ce qu'il se passe, on trouve des alternatives, ça marche, ça marche pas, bon ben on essaye les médicaments et puis après si ça monte toujours on va faire appel à un renfort, plus ou moins chambre d'isolement. Globalement je me sens en sécurité dans le service parce que je sais qu'on est équipé quand même, voilà en cas de besoin.

ESI: Oui ça ça rentre en compte aussi, le PTI tout ça ...

IDE: Oui, ah oui oui oui, tout ce qui est téléphone, le PTI

ESI: Vous avez tout le temps un téléphone sur vous ou vous avez que le PTI?

IDE: Ah non on a que le PTI. Des fois on a le téléphone du service mais bon on en a qu'un sur trois donc euh ... en fonction de, oui, si on est avec des patients ou pas, ou de l'environnement dans lequel on est, la pièce dans laquelle on est, je pense qu'on va se sentir plus ou moins en sécurité. Après on sait aussi qu'on a, qu'on peut faire appel à l'EPI, l'équipe d'intervention là, c'est l'équipe de prévention et d'intervention, euh, si on sent que le patient est vraiment trop trop agité, et qu'on est que deux femmes dans le service, on va appeler les gars en renfort, juste pour qu'ils soient avec nous en terme de présence, rien que des fois la présence d'un homme ça dissuade aussi de ... d'un passage à l'acte ou, voilà ... ça peut faire redescendre la tension. Donc je me dis ouais, on a des solutions, après effectivement ... bah si ce matin j'étais quand même... bah le fameux patient qui est sorti ce matin, je l'ai un peu frustré parce que j'ai retrouvé dans ses affaires une coque de téléphone portable d'un autre patient. Donc j'ai dit comment ça se fait que vous avez ça dans vos affaires c'est pas normal quoi, et puis il me répond pas. Donc je passe devant lui et là je me dis il va me suivre et je voyais son ombre bouger donc j'ai mis le chariot derrière moi et je me suis dit, tout de suite tu te dis, mais où sont les collègues, euh... voilà chercher, et puis tout se mélange très vite dans ta tête, bon il s'est rien passé mais ça m'a traversé l'esprit et je me dis, oui, il en aurait été capable. Donc voilà, petit moment de ... petit moment bref, très bref ce matin.

ESI: Et je rebondis du coup sur la présence d'un homme. Il y a une différence de l'abord de la violence que ce soit une femme ou un homme? Si c'est un soignant homme ou si c'est une soignante femme?

IDE: Je pense que oui, pas forcément avec tous les patients, il y a eu des patients avec qui ça n'a rien changé, mais il y a des patients euh ... on a eu un patient complètement misogyne en CSI, c'était une horreur. En plus à ce moment-là on était que des femmes dans le service, mais vraiment il n'y avait aucun homme à travailler, donc en fait c'était mais hyper compliqué et il nous en a fait baver, il cherchait à nous impressionner, voilà. Après il y a des ... je pense qu'il y a des patients avec qui justement au contraire la femme ça va mieux passer le contact avec la femme parce qu'il y aura pas cette esprit de confrontation, et euh... peut être la référence au côté un peu maternelle, ou femme fragile, on touche pas à une femme, en tant qu'homme... voilà, il y a peut-être ce côté-là qui joue. Autant il y a justement des patients où ... qui vont pas vouloir parler à des femmes, et qui vont vouloir se confronter à des hommes, qui vont se poser que quand ils vont voir six hommes autour d'eux, voilà. Ils vont chercher ce côté-là. Ça dépend vraiment, c'est très patient-dépendant, et puis je pense que ça dépend aussi des patients, des soignants en présence aussi, je pense qu'il peut y avoir aussi des ... alors sans aller jusqu'au transfert mais je pense que peut être oui le patient va s'identifier quand l'infirmière bah elle a la cinquantaine, elle a l'âge de sa

mère, ou voilà, et donc du coup on respecte. Après je suis pas dans la tête des patients mais je me dis je pense que ça change ouais. Et oui ... c'est pas pour rien qu'on demande des hommes en psychiatrie, que voilà, c'est pas de faire changer les mentalités que de dire ça, mais je trouve que c'est une réalité.

ESI: A l'EPI par exemple il y a que des hommes?

IDE: Oui, il y a que des hommes

ESI: Et c'est un choix de l'EPI ou?

IDE: Ouais, parce que je crois que ma collègue a voulu postuler, et ils prenaient que des hommes

ESI: D'accord donc c'est bien qu'il y a un rapport quand même...

IDE: Ah oui oui oui. Et même euh ... ouais maintenant on a deux hommes à travailler avec nous, et on sent la différence. Il y a des patients où on voit qu'il y a un homme donc déjà ils vont pas ...

ESI: Le comportement va s'adapter ...

IDE: Oui, ouais. Oui oui c'est ... voilà c'est très patient-dépendant, il y en pour qui ça va rien changer, et il y en pour d'autres... juste la présence d'un homme fait que la tension ne va pas monter. Il faut des hommes en psychiatrie.

ESI: Quelle relation avez-vous avec un patient qui se montre ou qui s'est montré agressif envers vous ou vos collègues? Donc on en revient à tout à l'heure, là par exemple où les patients se montraient agressifs

IDE: Alors celui qui avait donné un coup dans l'ordinateur on n'avait pas eu l'occasion d'en reparler. Alors il y a une fois où je me suis pris un coup, en début de carrière où en fait on était en train de maintenir un patient sur son lit, et en fait les pieds, les mains et au niveau du ventre, et en fait il avait la main droite euh ... j'avais commencé à maintenir au niveau du ventre, j'avais pas fait gaffe, et puis le contact passait plutôt bien, c'était un patient chronique. Et en fait il en a profité, après c'était pas ciblé contre moi, mais il m'a foutu une vieille droite, ça m'a sonné dans l'oreille, mon collègue il m'a poussé, il m'a dit tu sors. Je sentais, tu sais que ça bourdonnait dans l'oreille, mais vraiment il y avait pas été de main morte, j'avais la marque et tout, et j'étais hyper vexée, parce que je me dis, mais ... le contact il passait bien, et puis c'est humiliant aussi. Tu te prends une claque, tu, dans le cadre du boulot, je me dis c'est quand même ... on vient pas au boulot pour se faire taper dessus quoi c'est vraiment ... c'est une réalité, mais ça n'empêche que tu te dis ... je réfléchis ... par rapport quand même à d'autres personnes qui travaillent, tu te dis, il faut pas qu'on balaye ça c'est pas parce qu'on travaille en psychiatrie qu'il faut qu'on accepte de travailler



avec la violence. Je veux dire ... je viens pas au boulot pour me faire taper dessus quoi. Et puis en plus devant les collègues, me dire, voilà, je m'en suis voulu, j'ai eu aucun réflexe, enfin bref, tout ça un peu mélangé, le patient était maintenu toute la matinée, et moi je re travaillais le lendemain. Et là le patient arrive, il me voit, et il baisse les yeux. Je l'ignore. Je vais dans la pharmacie, et puis là il arrive dans la pharmacie, il me dit "Oh Salut D... Comment tu vas", et je lui dis, nan je t'arrête. Je lui dis je t'arrête tout de suite, je lui dis je suis pas prête. Je lui dis, pour moi c'est grave ce qu'il s'est passé hier. Donc je lui dis non, là tu vas me laisser un petit peu de temps, je veux pas te ... tout va pas redevenir comme avant là. J'ai dit ça passe pas. Et du coup il me dit ah d'accord, bah je m'excuse. Et puis il est parti penot. Mais du coup il est revenu s'excuser un peu plus tard dans la matinée. Mais c'est vrai que nan, sur le coup j'ai pas pu passer outre, je me dis, bah nan il a touché à mon intégrité là, c'est pas seulement la soignante, c'est la personne aussi quoi. Donc à un moment, euh ... je me suis dit je vais lui dire les choses dans le respect, je lui manque pas de respect, je reste professionnelle, mais à un moment il m'a touché aussi dans mon intégrité, ouais, dans mon intimité, dans mon intégrité physique quoi, vraiment. Au-delà de mon rôle de soignante. Donc euh ...et après les autres euh ... est ce que j'ai d'autres situations dont on a parlé euh ... ça me vient pas en tête... Après si avec le patient ... j'en ai parlé précédemment, un patient qui est là depuis deux ans, et à qui on donne très régulièrement ses si besoins, parce qu'effectivement on sait que ... quand ça vrille il va tout casser. Donc en général on le sédate ou en tout cas on lui donne son traitement pour que ça l'apaise, et souvent avec eux on arrive à revenir sur ces moments de tension, alors après souvent il nous dit qu'il entend des voix ou que voilà ... donc après je sais pas la pertinence de ses propos mais il arrive quand même à revenir là-dessus en disant, bah ouais ça m'a fait du bien de prendre le traitement et de faire un tour dehors, ça m'a fait du bien ... voilà on arrive depuis peu à accéder à ces critiques là avec lui, sur ses tensions.

ESI: Et là du coup, la relation elle est un peu moins impactée?

IDE: Oui. Alors ... s'il y a eu un moment il y a quelque temps de ça un week end, donc ce même patient, il a vingt ans. Et en fait il a un syndrome lié aux hormones, ça s'appelle le syndrome de Klinefelter. En fait il a deux chromosomes X et un Y. Et donc ça donne ... plus ça va aller, et plus il a des troubles du comportement en fait, et notamment de l'agressivité. C'est en lien, je saurais pas tout de développer, mais en gros c'est en lien avec la testostérone aussi. Et en gros ça va passer au moment de la ménopause, à cinquante ans. Il a vingt ans donc on a quand même trente ans devant nous quoi. Et qui a un déficit intellectuel. Et donc en fait ça arrive qu'avec certains patients chroniques il se prend le bec, mais sauf que ça monte, donc là en l'occurrence c'est deux patients. Je sais pas si je peux dire les prénoms... non bon Monsieur B et Monsieur L. Monsieur B va insulter Monsieur L, Monsieur L va insulter Monsieur B, et là ils vont se taper dessus. Et en fait un dimanche matin, ils ont commencé à ... dès le matin, ils ont commencé à se taper dessus. On les a séparé, et là je sépare à peine que t'as Monsieur B qui commence à dire, mais viens te battre, viens te battre. Il y a que des gonzesses, il y en a un c'est une masse, l'autre c'est une allumette mais ... et il dit viens te battre, viens te battre, et tout. Je lui dis non, mais arrête de chercher les embrouilles là. On a à peine le dos tourné, qu'ils se re tapent dessus, donc on est obligé de les re

séparer, et là j'ai failli me prendre un coup en les séparant parce que le patient un peu plus costaud du coup a pas fait gaffe, il a voulu donner un coup mais il s'est rendu compte... je pense que je le tenais aussi donc ... voilà ... j'ai failli me prendre un coup, et là ça m'a mise hors de moi. Et là le patient au final il a été en CSI le jeune, parce que après il s'en est pris au mobilier du patio et tout, donc là il a été en CSI. Mais quand il est revenu dans le service, j'ai repris ça avec lui en lui disant "nan mais tu te rends compte que j'ai failli me prendre un coup parce que t'as provoqué l'autre patient?" Je lui dis "nan mais je viens pas là pour ça, je lui dis nan. J'suis pas ton garde du corps, non". Je lui dit t'es pas là pour me mettre en danger. Pour que voilà, il prenne conscience un petit peu de la réalité, et des conséquences de ses actes. Bon après comme il est limité intellectuellement... ça a pas eu beaucoup d'impact mais je me dis-moi je tenais à le dire, parce que sur le coup j'étais tellement énervée de me dire, on les sépare une première fois, ils re cherchent les embrouilles, et au final, c'est moi qui a failli me prendre un coup. Je me dis nan mais où va le monde-là, c'est vraiment ... et pour qu'en plus ils s'apaisent même pas par la suite, enfin bref. Je me dis nan quoi. Là j'étais en colère, le rejet. C'est ce qui revient le plus souvent quand même. Soit on accepte soit on rejette en gros.

ESI: Est-ce que vos émotions influencent la communication avec le patient?

Si on en revient à là par exemple, les émotions par rapport à cette situation-là par exemple, la colère, est-ce que ça, ça va influencer la communication?

IDE: Oui, oui oui. En fonction de qui ... là par exemple ce patient là je pense que ce jour-là, on était en colère et on a tout essayé. C'est à dire qu'on a pris les choses calmement, avec limite des côtés maternants, ça peut marcher chez lui. Et quand on a vu la deuxième fois, mais on s'est emportées verbalement, on s'est dit stop, ça suffit, et je crois même qu'on utilisait des mots un peu plus crus tu vois quoi. Ça suffit les conneries, ça suffit, certes qui s'écartent un peu du langage professionnel, mais ça nous prend tellement sur nous, on se dit ... donc les deux patients qui se battent, on arrive en plein milieu, on a failli se prendre des coups, et en plus de ça il revient à la charge, donc il y a un moment où ouais on ... je me souviens on était trois, et on s'est toutes énervées sur le patient en disant "nan mais ça suffit, tu arrêtes tes conneries". Donc oui ça peut influencer. Des fois quand c'est la peur qui se présente, voilà, un patient qu'on ne connaît pas, qui arrive en phase aiguë, euh ... qui voilà, qui se montre très tendu, quand tu sens que t'es pas à l'aise, je pense que tout de suite euh ... tu vas plus sur le terrain de la douceur quoi, tu vas pas en frontal. T'essayes vraiment d'aller en douceur et je pense que c'est le plus adapté quand tu connais pas la personne, et que la personne te connaît pas, ça sert à rien d'envenimer les choses en haussant le ton. Autant l'autre patient, on le connaît, on ... c'est à prendre différemment, c'est un cas à part. Mais autant les autres patients je pense vraiment qu'on ... moi en tout cas j'y vais en douceur et ouais ... en utilisant un ton posé, une voix calme, pas des gestes brusques, vraiment essayer d'avoir l'attitude la plus neutre possible. En dire le moins, laisser le patient s'exprimer, c'est ce qu'on a appris en formation aussi. Vraiment quand le patient est en colère, qu'il y a vraiment un élément de ciblé, laisser le patient s'exprimer, et l'écouter. Mais je veux dire, là on peut commencer aussi à avoir un début d'alliance. Voilà, si le patient il entend, il voit qu'on l'entend, je

pense que c'est aussi ... ça peut être une clé pour la suite, et pour apaiser les choses aussi. Donc oui les émotions je pense influent ...mais voilà vaut mieux pas prendre de risque et vraiment, je pense, prendre les choses calmement et pas ... après c'est ouais ... je me dis j'ai déjà vu des collègues où justement face à des marmules, des collègues de petites tailles, qui vont hausser le ton et, voilà ... le patient en face va se taire et ça va se calmer tout de suite. Voilà, ça dépend mais bon, moi c'est ma technique en tout cas je suis vraiment dans ... plus dans une technique où ouais ... on parle calmement, en douceur, après peut être des fois hausser un petit peu le ton si le patient parle fort, juste voir ce que ça donne, mais voilà ... sinon commencer par ça.

ESI: Et au niveau du non verbal du coup, il y a, donc le ton, tout ça là mais la proxémie par exemple? Le regard?

IDE: On peut regarder le patient ... ouais si si, faut regarder le patient, euh ... proxémie .... bah après il faut quand même laisser une distance parce que ça reste une situation imprévisible, le patient est imprévisible, surtout en état de crise, donc il faut quand même se laisser deux mètres, je dirais que c'est pas mal. Dans la formation il nous disait trois, quatre, mais ça fait beaucoup je trouve. Deux mètres, et aussi avoir une attitude sécuritaire, c'est à dire ne pas se mettre dans un angle, parce que le fait de savoir si on a pas de solution si le patient nous fonce dessus, je pense que ça influe forcément notre attitude, la communication euh ... oui notre attitude, tout ce qu'on va dégager physiquement au niveau du paralangage et tout. Donc ouais je dirais quand même il faut laisser une distance... on avait dit quoi? La proxémie?

ESI: Le regard.

IDE: Ouais le regard, donc regarder le patient ouais. Chercher son regard je pense. Parce que il y a pleins de choses qui passent par le regard. Et je pense que ouais ... on peut voir le degré de tension dans le regard du patient, le regard noir, ou voilà si ... je trouve qu'il y a plein de choses oui, donc c'est important de le regarder dans les yeux. Et garder une attitude sécuritaire quand même.

ESI: Et là du coup, c'est vraiment la dernière question, c'est personnel, c'est quels moyens sont mis en place par l'infirmier face à la violence? Comment gérez-vous vos émotions /réactions dans votre travail? Dans le travail et même personnellement, ça peut être intéressant aussi s'il y a un impact personnel.

IDE: Ah oui, d'accord. Bon en général, les situations on en parle avec le patient, euh les soignants pardon, le lapsus. Les collègues, on va en parler avec les collègues, je pense limite à chaud. En disant bah tiens, j'étais pas à l'aise, voilà je le sens pas ...je pense que c'est vraiment la première chose qu'on fait, c'est en parler aux collègues. Ça peut être en parler de manière général, ou avec le médecin, en disant bah ..., je trouve qu'ici on marche beaucoup au feeling, je trouve qu'il y a un côté en psychiatrie où des fois tu sais pas expliquer ce qu'il se passe chez les gens, mais tu sens

que ça va pas. C'est vraiment t'as le feeling. Ou à l'inverse, tu sens que ça va le faire. Je trouve qu'il y a un voilà ... je me dis tu peux parler de ça au médecin, et puis après si ça va vraiment loin ou en tout cas s'il y a un passage à l'acte agressif, en général il y a des réunions derrière, on est pas laissé à l'abandon, le cadre organise, va organiser quelque chose, avec une psycho tout ça, ou nous ré orienter vers la médecine du travail, pour qu'on puisse en parler à un tiers, vraiment en cas de ... si on est choqué par la situation ou qu'on arrive pas à s'en remettre quoi. Et au niveau perso, je dirais que le fait de faire la route déjà ça permet de ... plus ça va , plus tu laisses le boulot derrière toi.

ESI: D'habiter plus loin, et de prendre sa voiture en fait?

IDE: Ouais voilà, ne serait-ce que d'avoir la voiture ouais.

ESI: De pas habiter en face quoi

IDE: Ouais voilà. Tu prends la voiture ça permet quand même de décharger. Et après ça m'arrive d'en parler à mes proches, et des fois ça fait du bien d'avoir... j'ai aucun proche euh ..., mes copines oui sont dans le milieu mais ma famille pas du tout. Alors après ça dépend à qui j'en parle, mais je me dis des fois ça fait du bien d'en parler à des gens extérieurs, et qui donne un avis... enfin même s'ils sont pas du milieu ça peu ... c'est rassurant ce qu'ils peuvent dire, leurs visions des choses alors qu'ils y connaissent rien, voilà qui peuvent avoir des réflexions pertinentes ou ... d'avoir ... ouais... ou alors des fois ça peut être l'incompréhension totale et ... déjà rien que quand on dit qu'on bosse en psychiatrie, rien que ça déjà. Nan donc là-dessus, je pense qu'au niveau des émotions et tout on est assez... faut pas rester ... si on s'est senti mal ou ... on passe le relais, mais on est jamais tout seul. Moi je trouve qu'avec nos collègues on se connaît, et on voit bien que si quelqu'un est mal dans une situation, on lui dit de passer son tour et voilà ... et limite en parler au cadre . Mais en général je trouve que c'est assez bien pris en charge.

ESI: D'accord. Bon voilà ... Est ce qu'il y a quelque chose à rajouter ou ...?

IDE: Nan ... bah que c'est hyper vaste comme question , je pense qu'on pourrait rajouter pleins de choses sur la violence, c'est vraiment ... Je pense que j'ai oublié de dire pleins de trucs

ESI : Après j'ai réorienté mes questions aussi ...

IDE: La démarche de maintenir quelqu'un sur son lit, voilà ... limite des fois lui prendre le bras et de l'attacher, ouais ... on est violent ... j'en ai pas parlé dans la première question mais je pense que oui, sans parler de maltraitance on peut avoir des comportements violents avec les patients. Quand on les maintient, même s'il y a un but derrière, mais ça n'empêche que sur le coup, voilà c'est ... ça reste de la violence. Je pense que quand je vais rentrer chez moi, je vais me dire ... j'aurai du dire ça ...

## **Annexe VI : Entretien 2 - Infirmier 2**

ESI: Alors qu'est-ce que la violence en psychiatrie pour vous?

IDE: Ah c'est vague ... euh ... alors je vais essayer de parler fort parce que je parle pas très fort moi ... alors la violence en psychiatrie ça peut prendre différentes formes hein, ça peut être physique, euh ... ça peut être verbal, ça peut être aussi de la violence que la maladie nous renvoie ... la perception de la souffrance des patients euh ... voilà pour moi c'est ça la violence. Ça peut être de la violence institutionnelle aussi euh ... manque de lit ou ... problématiques diverses et variées en lien avec une organisation d'hôpital, et pas une organisation du soin quoi. Voilà pour moi ... c'est différentes formes quoi la violence on entend souvent violence physique, quand on parle de notre métier, nous en tant qu'infirmier, nous on nous dit souvent "ça doit pas être facile", les gens fantasment un petit peu sur la psychiatrie et ce qui est violence et agressivité physique mais c'est pas tant ça pour moi la violence prépondérante. C'est plutôt la problématique liée à l'organisation de l'hôpital, le manque de lit, là en ce moment c'est aussi le manque de ... l'absence ou le manque de médecin ... donc qui ont un impact sur le soin, et donc sur les patients, voilà ... je sais pas si ça répond à votre question ...

ESI: Si si c'est très bien, faut pas hésiter à développer surtout

IDE: Ouais, développer ... Ouais bah après il y a violence verbale euh ... ouais c'est ça et puis la violence qui nous est renvoyée par les patients, dans le sens où ils sont en souffrance et des fois on est en situation d'échec, en situation d'impuissance pour apaiser cette souffrance quoi. Ça c'est de la violence aussi. Et puis voilà en gros ... on pourrait développer plus mais ...

ESI: Faut pas hésiter hein, s'il y a des choses à dire il faut y aller

IDE: Oui, bah après on va peut-être ... il va y avoir de la redondance donc peut-être pas, ça dépend de vos questions

ESI: Est-ce que vous avez déjà vécu des situations de violence?

IDE: Oui! Oui oui bah ... de violence physique ce serait dans les cas de ... d'appel à renfort parce que moi je suis un homme, on peut être amené de par nos appareils, les PTI et même sur des renforts organisés. Et ... sur des mises en CSI, quand des ... des mises en chambre de soins d'isolement, là ça peut ... amener à des situations violentes, sur du refus hein. Des patients qui refusent la chambre de soins intensifs, qui des fois il faut ... on est amené à maîtriser le patient et à ... à l'obliger à aller en CSI, à le contentionner, donc là ça c'est violent. C'est pas la partie des soins la plus agréable mais ... tout en ayant en tête que c'est pour le bien du patient, qu'il a pas toutes ses facultés, son discernement, donc il faut l'obliger à aller vers le soin. Ce sont des méthodes contraignantes, violentes, coercitives, mais nécessaire pour essayer d'entamer du soin.

Donc là ... ça c'est ... des situations violentes. Sinon c'est de l'agressivité verbale qui nous est renvoyée sur de l'incompréhension, sur des mises en soins sous contraintes, où les patients sont pas du tout d'accord, pas du tout au fait sur leur maladie, sont pas ... même pas conscients de leur maladie donc euh ... là on les oblige à aller vers le soin, avec ces soins sous contraintes, et ça peut amener à de la violence, à des insultes, à ... voilà, à de la menace, il y a la menace aussi hein ... physique ou menace ... ne serait-ce que verbale, c'est violent aussi, ça ça nous est renvoyé souvent voilà ... les situations violentes de cet ordre-là c'est souvent ça quoi. Et encore je reviens sur les situations violentes lorsque ouais ... il y a de l'impuissance face à la souffrance du patient, mais qu'on tâtonne, qu'on n'arrive pas à trouver les bonnes raisons pour apaiser quoi. Ça aussi c'est de la violence qu'on reçoit, avec laquelle euh ... on essaye d'avancer quoi. Ça amène à chercher des solutions, à travailler en équipe pour voir ce qu'on peut mettre en place pour ... apaiser ces souffrances là, mais c'est pas toujours simple quoi ...

ESI: Ok ... bon du coup on va rebondir là-dessus, on va parler un peu des réactions infirmières face à la violence. Déjà est-ce qu'il y a une fréquence, par exemple ici dans ce service-là, quelle est la fréquence de confrontation à la violence à peu près?

IDE: C'est variable, ça dépend ... Vous entendez quoi? Quelle violence? Quel type?

ESI: Tout, c'est... pour vous

IDE: En général ? Euh ... c'est vrai c'est propre à chacun, après c'est subjectif parce que ça dépend comment nous soignant on reçoit ... là j'entends plutôt la souffrance des patients, qui pour moi est violente, c'est subjectif. On va pas recevoir la souffrance des patients comme d'autres collègues vont la recevoir. Donc ça dépend à quoi ça nous renvoie aussi, à notre histoire personnelle... il y a des situations qui pour moi, vont être bénignes, et qui pour d'autres vont les amener à ... vont être de l'ordre de l'impossible, où ils vont être obligé de passer la main parce que ça renvoie à des difficultés persos, ou parce que c'est trop violent justement, c'est trop intrusif dans leur être quoi... après en terme de violence physique ... on est pas là à poser des statistiques à savoir ... ça va nous arriver quand? Tiens ça fait trois jours qu'on a pas reçu de coups ... ça c'est patient-dépendant, c'est aussi une population, on est aussi dans un espèce de microcosme dans un service donc euh ... ça peut ... la mayonnaise peut monter parce que les patients se liguent un peu contre les soignants... ça dépend comment c'est anticiper... mais en terme de fréquence euh ... il y a pas de règles.

ESI: Comment ça anticiper?

IDE: Bah anticiper c'est sentir monter cette violence, qui peut être individuelle, mais qui peut aussi être collective, donc il y a certaines situations où un patient du fait de sa difficulté, de sa maladie, sa pathologie, et des symptômes associés euh ... va se sentir persécuté, du coup va rentrer dans une espèce de confrontation avec les soignants, et va essayer de trouver un appui... donc les

appuis ça va être avec les autres soignants ... qui ont eux-mêmes leurs difficultés donc des fois on peut se retrouver dans une situation où on peut être un ou deux soignants face à ... au service... à l'intégralité des patients, où c'est presque la révolution quoi. Sur des moments collectifs. Là j'ai en tête les repas, ça peut venir d'un rien ... un refus d'avoir du rab, comme à la cantine quoi... et là ça devient ... un pugilat ... donc il faut ... il faut ... essayer de composer avec tout ça et de ramener le côté individuel du soin ... même s'ils sont en collectivité et qui pour certains sont ensemble depuis quelques semaines hein ... on est en service d'admission mais c'est des hospitalisations qui peuvent durer pour certains patients assez longtemps, donc ils prennent leurs aises ... entre guillemets hein ... tout en sachant qu'on est à l'hôpital... aussi il y a des situations qui deviennent insupportables pour eux ... ou qui sont frustrantes, et du coup ils nous le renvoient... en nous accusant d'un fonctionnement ... d'un cadre ... ils remettent en cause le cadre ... donc ouais il faut parfois faire face à ça quoi. Donc voilà la fréquence encore une fois ... c'est variable ... c'est pas ... mais bon pour anticiper ça c'est essayer de voir venir. Bon il y a des choses qu'on anticipe pas hein... il y a des situations qui explosent comme ça soudainement ... cinq minutes avant tout était assez calme, et parce que voilà, il y a une frustration il y a ... quelque chose qui génère de l'angoisse chez le patient, qui va le faire exploser, et après de fil en aiguille ça peu ... il va essayer de trouver un soutien, et là ça peut devenir très compliqué parce que ... parce que ouais c'est une mini révolution... ou des fois c'est que le patient hein qui va clasher... qui va s'en prendre aux soignants, parce que on est en première ligne face à sa frustration ... de son refus de soin. Mais en terme d'anticipation ça c'est ... pendant les transmissions c'est savoir ... essayer de trouver des petits signes qui nous laisse penser que le patient est pas comme d'habitude, que le patient ... ça peut être un retrait hein ... quelque chose de pas violent du tout ... un isolement qui peut laisser penser que ... avec l'évaluation au préalable... tiens bah le patient il est pas comme d'habitude qu'est ce que ça veut dire ? soit il est ... soit c'est plutôt les symptômes dépressifs qui prennent le dessus ... et là il y a un risque suicidaire, qui est aussi une violence, qu'il faut réussir à anticiper, à gérer ... ou soit c'est quelque chose qui peut annoncer euh ... une colère sourde, qui va exploser... donc il faut pouvoir ... c'est pas tout le temps analysable hein mais ... l'équipe sert à ça quoi ... à discuter ... à voir avec les collègues ce qu'ils en pensent, quel point de vue ils ont sur une interrogation, comme ça ... personnelle ... soignante, et puis essayer de voir ce qu'on peut faire quoi. Faire verbaliser la personne avant que ça explose, désescalader par la parole, par la verbalisation ... lui donner un espace où cette colère peut être verbalisée.... parce que la colère elle a souvent du sens, elle a souvent un intérêt en tout cas à ce qu'elle soit prise en compte ... mais faut essayer de pouvoir essayer d'arriver avant l'explosion quoi ... avant qu'on en soit à la contention ... ou au maintien un peu coercitif de cette violence.

ESI: Est-ce que vous pensez qu'avec l'expérience dans le métier, cette anticipation se fait mieux?

IDE: Ouais ... Oui il y a un regard avec les années, c'est peut-être l'expérience du vécu ... des choses qui à un moment nous ont dépassées... ça va permettre d'anticiper des situations à peu près similaires ... où on se dit là ... là ça peut déraper, ça peut partir facilement. Ou des patients qu'on connaît, qui ont déjà des antécédents aussi ... il y a le dossier, il y a les antécédents des

patients lorsqu'on est face à un patient avec des antécédents de violence, d'agressivité, on est aussi ... et ça c'est humain hein ... plus vigilants, même s'il y a pas lieu... ça joue sur la relation... ça peut freiner, ça peut... on pèse nos mots, on est déjà dans cette anticipation-là lorsqu'on sait qu'il y a déjà des antécédents d'agressivité ou de violence, et de passage à l'acte. Là je pense qu'on est déjà dans une optique ... de ... de comment ... je ne trouve pas le moment mais ... de prévention du passage à l'acte et de la violence quoi. Plus qu'avec des patients qui n'ont jamais été violents. Alors là je parle des passages à l'acte hétéro agressif sur soignants hein. Je parle pas des violences que j'avais évoquées avant... sur la souffrance ... tout ce qui est symptomatologie dépressive et idée suicidaires, ou passage à l'acte suicidaire ... je parle vraiment de l'hétéro agressivité là.

ESI: D'accord. Euh ... Est-ce que face aux situations que vous avez pu vivre... est-ce que les réactions face à ces situations-là elles ont évoluées avec votre expérience professionnelle?

IDE: Euh ... ouais ...

ESI: Est-ce que les réactions étaient les mêmes en jeune diplômé ou ... des années après?

IDE: Nan bah ça évolue avec l'âge aussi ... avec mon parcours professionnel ... mon parcours personnel aussi ... une maturité dans les soins ... une assise aussi, une légitimité à avoir telle ou telle réaction face à des situations violentes ... parce que c'est des situations déjà vécues ... on sait dans certains cas qu'avoir telle réaction va permettre à ce que les choses s'apaisent rapidement. Après c'est souvent des paris, parce que encore une fois chaque situation est différente, et ce qui a marché avec un patient à un moment donné, va peut-être pas marcher avec un autre patient donc ... oui on s'appuie là-dessus sur l'expérience mais des fois c'est ... c'est pas forcément la bonne réponse ou la réponse entièrement adaptée ... mais on fait avec ce qu'on connaît, mais oui l'expérience elle ... elle permet en tout cas à, encore une fois, peut-être d'anticiper la non-maîtrise quoi ... mais ça va pas permettre à ce que ... il y a pas de situations calquées, ou de protocole violence quoi. Après il y a ce qu'on met en place ce qui permet de protéger, c'est à dire ... le patient, nous, les autres patients ... voilà il y a des bases ... qu'on apprend ... qu'on continue à appréhender au fur et à mesure de l'expérience professionnelle ... après chaque situation est vraiment différente. Ce qui est bien c'est qu'on est pas tout seul quoi ... on est pas tout seul face à ces situations violentes ... très vite on est en équipe, on peut avoir du relais ... on a ... un tas de dispositifs ... voilà... on peut vite avoir du relais quoi ... si on est victime de cette violence, si le patient s'en prend à nous personnellement. Mais ouais l'expérience elle joue forcément. En terme de légitimité ... en terme de ... compréhension des maladies, des symptômes, ce pour quoi le patient réagit de cette manière ... de cette manière inadaptée ... encore une fois mais ... cette colère elle a toujours un sens hein ... elle vient pas sans rien ... elle vient ... elle est en lien avec la maladie et les symptômes du patient... donc ça oui l'expérience permet de ... de se positionner plus facilement qu'au début de carrière. L'expérience joue effectivement.



ESI: Ok ... du coup maintenant on va parler un peu de la communication et des émotions. Est-ce que vos émotions influencent la communication avec le patient?

IDE: Oui. Bah toujours. On sent ce que le patient nous renvoie, ce qu'on ressent, ça influe aussi ... c'est la relation humaine, donc forcément on peut pas ... pareil on est pas dans un soin protocolisé, avec certains patients ... la violence qu'il peut nous verbaliser, ce que lui subit ... on peut la prendre de plein fouet, on peut être complètement désarmé, inefficace en terme de soin ... ça peut arriver ... il faut en être conscient ... il faut se dire nan ... il faut pas avoir cet impression qu'on va sauver tout le monde ... il y a certaines situations qui nous renvoient encore une fois à ... à notre propre réalité ... à notre histoire personnelle, qui font qu'il est préférable de passer la main, parce que on va pas être aidant ... mais oui bien sûr l'émotion elle est toujours présente, il y a le principe de transfert, de contre-transfert aussi, euh ... il y a des patients qui nous renvoient à des principes de rejet hein ... encore une fois c'est pas mal en soit ... c'est bien de l'analyser aussi, parce que voilà on ... il y a quelque chose de l'ordre de pas possible à être en lien ... alors ce qui est bien c'est prendre du recul, de passer la main, et de comprendre ce qui fait blocage, et reprendre après quoi ... Tout ça c'est de l'ordre du soin aussi ... ne pas s'acharner dans un mode euh ... qui pourrait être violent aussi pour le patient ... se dire c'est moi qui ai la blouse, c'est moi qui sait, c'est moi qui suit dans le savoir euh ... c'est renvoyer une forme de violence aussi ... il y a ça ... cette violence du soignant envers le patient, ce qu'on croit savoir ... ce qu'on croit qui est bien pour le patient ... et on a pas tout bien saisi ... et du coup on peut imposer des choses, ça peut aussi être de la violence qu'on subit après coup ... en y réfléchissant on se dit voilà j'ai mal agi, j'ai pas forcément géré avec tact ou avec professionnalisme, ça arrive qu'on reparte chez nous en se disant ... là j'ai fait de la merde ... Et ça c'est une forme de violence aussi. Après ce qui est intéressant c'est de revenir dessus, de la comprendre et ... encore une fois en discuter en équipe, voir ce que les autres en pense ... j'ai plus ... la question c'était quoi?

ESI: C'était est-ce que vos émotions influencent la communication avec le patient?

IDE: Ouais ... bah je sais pas si je répons à la question mais ouais les émotions sont toujours à la base de la relation ... de ce qu'on ressent ... enfin pour moi hein. On peut pas ... enfin je pense pas qu'on puisse faire ce métier là sans ... de manière désaffectivée ... c'est pas possible, l'émotion elle est toujours présente. Toute sorte d'émotion. Il y a la tristesse que peut nous renvoyer l'histoire de vie d'un patient ... se dire waouh il en a bavé, comment on va réussir à le faire aller mieux, parce que là c'est presque impossible, ou ... de la colère ... il y a toujours de l'émotion. Les patients ils sont remplis d'émotions, c'est parfois complètement inadapté, du fait des pathologies ... mais nous ça nous renvoie aussi à nos propres émotions, ce qu'on ressent. Alors après c'est quelle distance on met, comment on peut travailler avec ça ... qu'est-ce qu'on comprend de ce que nous renvoie le patient ... de sa colère, de sa tristesse ... de ses joies, ou de ses joies inadaptées, de son exaltation ... c'est inhérent au soin être dans l'émotion de l'autre, et être dans sa propre émotion pour le coup, parce que voilà ... il faut pas qu'on soit submergé aussi.

Faut pas qu'on se mette à pleurer devant un patient qui pleure devant nous, même si des fois on se dit waouh ... fais chier quoi. Il y a des histoires qui remuent. Faut savoir dire stop des fois, on reprendra ça plus tard. C'est pas un aveu d'échec c'est juste un aveu ... enfin ne pas être soignant et se mettre à pleurer avec le patient donc il faut savoir ... là on va reprendre parce que c'est lourd pour moi. Il faut aussi accepter de dire au patient, voilà ce que vous me dites c'est lourd et on pourra reprendre ça histoire d'être dans la distance quoi. Si on s'acharne à vouloir se dire on va sauver tout le monde là ... je pense qu'on peut faire fausse route rapidement ... ne plus être dans du soin mais dans une sorte de paternalisme ou voilà ...

ESI: Quelles émotions ressentez-vous par exemple face à un patient violent? Si vous avez un patient violent en face de vous, quelles émotions vous pourriez ressentir?

IDE: Vous entendez de l'hétéro agressivité?

ESI: Oui, la violence contre le soignant. Un patient vraiment contre le soignant.

IDE Bah ... il peut y avoir de la colère. De l'incompréhension de ce que renvoie le patient ... pourquoi est-ce qu'il veut s'en prendre à moi? Donc je pense que le premier réflexe, c'est le réflexe de sécurité un peu, se mettre en sécurité, vouloir stopper net la violence de l'autre donc euh ... ça génère de la ... une agressivité aussi soignante, parce qu'on est obligé de maîtriser, de rentrer dans quelque chose qu'on ne maîtrise pas vraiment mais qui nous est imposé face à cette violence. Souvent c'est de la violence qui reprend de la violence alors après elle est contrôlée ... parce que attacher les gens, quoi qu'on en dise ça reste violent. Et les gens nous disent, mais vous êtes des tortionnaires, vous êtes des nazis... on se prend toute cette violence-là. Effectivement quand on attache les gens on est en train de se dire mais qu'est-ce qu'on fait ? Il faut garder en tête qu'on le fait pour le bien être du patient. Donc euh ... oui ... il y a souvent une espèce de colère réflexe qui nous ... après il y a de la réflexion très vite et toujours garder en tête que ... c'est la maladie qui impose la violence au patient, et qui nous impose aussi d'avoir cette réaction un peu ... agressive, violente. Mais dans un but soignant. C'est toujours le bénéfice risque de l'action qu'on met en place. On peut pas laisser un patient se faire du mal, faire du mal aux autres. Mais j'aurai envie de dire face à un patient violent qui va me renvoyer directement de la violence, il y aurait une espèce de colère réflexe ouais ... qu'il faut très vite essayer d'analyser, de comprendre, d'adapter pour pas être dans une bagarre de rue, on est dans un contexte de soin. C'est aussi intéressant. Se dire voilà ... je suis capable de gérer une situation comme ça. Enfin je suis pas tout seul, on est rarement tout seul dans une situation comme ça ... voilà c'est aussi se reposer sur cet esprit d'équipe. Si pour moi c'est compliqué, si je suis la victime ... c'est comment mon collègue va prendre le relai, va s'interposer, va faire en sorte que ... cette colère réflexe elle submerge pas ... parce que c'est humain . On se prend une tarte, le premier réflexe c'est l'envie de remettre une quoi. Après l'idée voilà ... c'est pas de la remettre quoi ... et puis reprendre ça après coup avec le patient.

ESI: Ok. Du coup ça rebondit un peu ... c'est un peu la même chose mais vraiment dans un contexte de relation là. Quelle relation avez-vous avec un patient qui se montre, ou qui s'est montré agressif envers vous ou envers l'un de vos collègues? Quelle relation ça va tisser ça?

IDE: Euh, bah ça dépend, ça dépend à quel moment. Après coup? C'est ça?

ESI: Après coup ouais.

IDE : Sur quoi on peut travailler c'est ça? Bah c'est intéressant ... c'est ... alors si le patient est en capacité d'analyse aussi ... ça dépend. A distance d'une mise en CSI, bien souvent les gens sont là à nous dire waouh, j'étais parti loin, je suis désolé, prennent conscience de ce qui a pu les amener à ... ce qu'on mette en place des contentions, une chambre d'isolement... donc quelque chose que ... ce qu'on lui renvoie de la violence aussi ... du soin. Bah ouais ... après coup, l'intérêt c'est de retravailler ça avec le patient quoi. Voir ce que lui il a compris de ça, essayer de trouver avec lui des pistes pour éviter qu'il explose, à ce qu'on en arrive là. On peut travailler sur cette violence. On peut comprendre d'où elle vient, alors souvent ... alors là on va rentrer dans les soins mais ... c'est souvent une violence qu'il a subi, c'est un fonctionnement qu'il connaît, c'est la seule réponse qu'il connaît quoi ... face à quelque chose qu'il comprend pas ... face à une angoisse, c'est de la violence qu'il a subi bien souvent . Alors bien souvent ... souvent les gens qui renvoie de la violence comme ça de manière répétée euh ... c'est des gens qui ont connu que ce mode de communication ... enfin qui ont connu que ce mode ... en majorité oui ... enfin c'est leur vie quoi. Je suis agressé je me défends. Voilà c'est comment ... c'est tout l'intérêt du soin ... c'est essayer d'amener le patient vers cette réflexion en tout cas ... Alors certains y arrivent, d'autres non, c'est trop ancré et c'est une communication qu'ils auront tout le temps sur des profils un peu psychopathiques, où là, on peut être que dans la réduction du risque, essayer d'éviter tout passage à l'acte trop violent. Mais avec d'autres pathologies, on peut essayer de travailler sur cette violence-là, essayer de comprendre ce qui a amené le passage à l'acte ...

ESI: C'est une relation d'accompagnement quoi

IDE: C'est de l'accompagnement ouais. Enfin après tout ça c'est le soin en lui-même quoi. Parce que c'est souvent ... c'est rarement un premier épisode de violence comme ça, c'est souvent quelque chose qui se répète dans leur histoire, c'est essayer de casser cette dynamique, ce mode de communication inadapté encore une fois, et voir ce que le patient peut mettre en place pour éviter ça.

ESI: Ok. Est-ce que vous avez un sentiment d'insécurité face à la violence d'un patient?

IDE: Oui, ça peut arriver. En se disant, je suis pas passé loin de ... de m'en prendre une ou ... ouais ça peut arriver. Alors très vite il faut essayer de dépasser ça, encore une fois on est en

équipe, on est très vite secondé, il y a des procédures, il y a des formations aussi face à la violence que les patients nous renvoient, ou à l'agression physique à laquelle on peut être amené à être confronté, mais euh ... oui bien sûr la violence ça peut laisser dans un premier temps ... se dire waouh ... j'aurai pu ... mon intégrité physique aurait pu être mise à mal quoi. Bien sûr. Mais après ça m'empêche pas de revenir au travail, de penser que je vais pouvoir éviter ça. Après encore une fois je m'appuie sur l'équipe, sur mes collègues, et je sais que je suis pas tout seul face à cette violence, face à cette possibilité de violence. Mais oui oui ... il y a des moments où on se dit ... il y a certains patients qui en imposent. Ne serait-ce que par leur physique, ils le savent, ils vont jouer de ça, qui vont être dans cette relation un peu perverse, qui savent très bien que potentiellement je peux être violent, donc ça biaise déjà d'entrée de jeu la relation parce que il y a un rapport de force qui est mis par le patient, qu'il ne veut pas forcément mais qui nous est imposé, c'est comment ... c'est comment appréhender ça quoi. C'est aussi tout l'intérêt de ce travail je trouve. Qu'on soit un homme, une femme, chacun ses moyens, chacun ses armes contre ça. C'est surtout l'équipe quoi. Mais oui pour revenir à la question il y a des moments où on flippe quoi. Où les gens qui sont en face de soi vont pas être dans ce jeu-là de toute puissance de l'autre ... qu'il sait très bien mené, qu'il sait très bien renvoyer. C'est essayer de garder toujours la même ... toujours cette histoire de distance ... de bonne réaction en tout cas. Ne pas être dans le trop d'émotions. Même si pour revenir à l'autre question, elle est présente mais c'est ne pas ... faire en sorte qu'elle ne transparaisse pas pour le patient qui est en face de vous, et qui sait des fois manier ça très facilement. Oui bien sûr il y a des moments de flippe, et des moments où on se dit ça va déraiper quoi, c'est sûr. Quand on se dit ça généralement on fait un pas de recul, et on n'est pas loin d'un collègue ou ... on reste pas tout seul. Pour ma part je joue pas les héros à rester comme ça. Ca dépend toujours d'en face de qui on est. Il y a des fois on se dit ça va pas déraiper, on essaye, on essaye, et puis ça déraipe quoi. Après coup on se dit, on aurait peut-être dû faire autrement mais ...

ESI: Et comment gérez-vous vos émotions face à un patient violent? Que ce soit dans le ... donc dans le travail, dans la vie professionnelle, et aussi dans la vie personnelle, une fois que vous rentrez chez vous? S'il y a une situation hyper violente avec un patient dans la journée, comment gérez ces émotions-là dans la vie personnelle et aussi sur le moment au travail?

IDE: Pour le travail, on débrief souvent. Souvent s'il y a eu quelque chose qu'on a eu du mal à gérer ou qui a été très fort en émotions, on va débriefer entre équipe. C'est toujours ça hein. C'est toujours l'appui, l'appui du travail d'équipe. Si on a été personnellement touché, ou si c'est un collègue, on va être là pour lui ou ... on a toujours aussi cette possibilité de porter plainte hein. Si le patient ... enfin on a possibilité de renvoyer cette possible plainte au patient, mais ouais ... c'est surtout le débrief en équipe, voir comment les collègues ont vécu telle ou telle situation, aussi verbaliser sur la sienne, si c'est vraiment très difficile... Moi j'en ai jamais eu l'occasion après il y a des psychologues, il y a des médecins, ils sont généralement à l'écoute ... enfin ... on est dans un milieu où... normalement il y a de l'écoute entre collègues, et la possibilité de verbaliser sur quelque chose qui a été violent, difficilement soutenable pour chacun quoi. Et puis au domicile euh

... bah ... moi personnellement je m'appui sur ma famille quoi ... sur ma compagne, et puis j'essaye de retrouver des moments plus de joie quoi, des choses qui me ramène à ma réalité heureuse entre guillemets quoi... mes filles euh ... essayer de retrouver son espace de sécurité quoi. Pour moi ça va être ma famille, mais pour d'autres ça peut être autre chose hein ... ça va être le réseau amical, ça va être ça... le travail c'est les collègues, psychologue du travail aussi, il y a cette possibilité-là, moi j'ai jamais fait appel mais ... il faut être conscient qu'on est face à de la relation humaine, à de la souffrance souvent, à de la violence effectivement, donc ... il peut y avoir un trop plein et ... voilà, c'est comment avoir des espaces où lâcher prise, ça peut être l'envie de faire la fête aussi ... mais ouais s'appuyer sur son réseau familial, amical, et ça passe quoi.

ESI: Et juste tout à l'heure on n'a pas trop trop développé ça ... euh ... est-ce que vous pouvez me parler de la communication avec un patient violent?

IDE: Euh ... ouais bah ouais... c'est à dire? Patient violent enfin ...

ESI: Je fais exprès de faire une question très très large, je fais exprès.

IDE: Ouais. Bah après c'est déjà, moi, comment j'essaye d'appréhender les choses, j'essaye de m'appuyer sur ce que je connais du patient. Essayer de ... moi j'utilise pas mal l'humour. En tout cas le ... si le patient est potentiellement receveur de ça parce que faut pas ...non plus être dans des trucs trop déconnants, s'ils ont pas l'accès au second degré c'est compliqué mais ... pour les patients qui ont cet accès et cette compréhension, j'essaye d'être dans ce jeu un peu humour, un peu de ... d'apaisement par ce biais-là. Moi j'utilise pas mal ça. Quand la situation s'y prépare hein. Quand on est en groupe et qu'il faut maintenir le patient, là ... on est dans un espèce de protocole quoi, on sait plus ou moins ce qu'il faut faire, ce que chacun va à un membre ou ... on sécurise et on lâche l'affaire. Mais quand on ... l'histoire d'anticipation de la violence, moi j'utilise l'humour, j'essaye de ... d'enlever les degrés là de pression quoi ... la cocotte-minute qui va exploser... ça fonctionne, ça fonctionne pas ... l'humour ou alors être très dans le cadre. Il y a cette possibilité du cadre, encore une fois ça dépend de la situation, c'est ultra vague mais ... de quoi est née la situation violente, qu'est ce qui a été la base. Qu'est ce qui a fait ... des fois on comprend pas mais on analyse, on sait d'où ça vient, on a compris, ça répond à une frustration, ou même à de l'angoisse, telle qu'il faut que ça explose mais ... ils sont dans ce problème de communication mais essayer de comprendre d'où ça vient, essayer de temporiser, de manière à être un peu dans l'humour ... et de pas être dans ce rapport de force, essayer de faire entendre si c'est possible, au patient qu'il y a d'autres moyens de verbaliser, en tout cas de ... d'essayer de comprendre sa souffrance quoi. Pour moi il y a toujours souffrance derrière violence mais ... ouais c'est ça ... c'est essayer d'être ... de trouver l'origine de cette colère là et utiliser l'humour, le cadre, ou s'appuyer sur les collègues, ce rapport de force aussi, c'est souvent ça, le nombre quoi... le nombre soignant amène à de l'apaisement. C'est un tout, mais encore une fois ça dépend de la situation, de ce qui l'a amenée, de ... de pleins de choses quoi, de pleins de facteurs. On est jamais seul face à cette violence quoi. On n'est pas seul parce que il y a soit

d'autres patients qui sont là, qui sont aussi ... enfin je dis ça ... on peut être seul. J'ai déjà été seul face à de la violence, c'est ce qui est le plus compliqué à gérer, seul à seul. Normalement dans un service on est pas seul. Là je parle de patients qui ont la capacité de compréhension, de savoir qu'ils sont violents envers l'autre. Il y a des fois où on est confronté à des patients qui n'ont pas cette ... enfin je parle des démences, des déficiences mentales ... ou là le patient qui renvoie de la violence n'est pas forcément au fait de ce que l'autre ressent. Pour les patients autistes aussi, où les émotions, les affects sont pas du tout compris de la même façon. Là pour moi ça a été les situations les plus violentes parce que c'est complètement inconnu. Je parle principalement de l'autisme parce que moi j'ai travaillé longtemps dans, enfin j'ai travaillé longtemps ... j'ai travaillé quatre ans dans un service de chronique au long cours, où il y avait des pathologies autistiques, et là c'était compliqué. C'est pas le même prisme. Le patient enfin ... c'est pas du tout les mêmes réponses ... c'est pas du tout les mêmes compréhensions pour la personne qui est en face de nous. Et là il faut essayer de composer avec ce qu'on connaît, de l'expérience, là effectivement l'expérience elle prend tout son sens, l'expérience des collègues, des anciens qui ont l'habitude, et ... trouver la réponse la plus adaptée pour essayer de calmer la violence. C'est souvent ce qu'on appelle les packings, les enveloppements de ces patients-là quoi. Parce que la verbalisation va pas marcher, parce que là on avait affaire à de l'autisme sévère, avec une grosse déficience mentale, et là il fallait sécuriser, emballer, contenir, dans une contention physique quoi, très vite parce que ... on comprend bien que les mots vont pas permettre à ce que le patient s'apaise. Donc ça c'est une expérience aussi ... professionnelle, ça rentre dans le cadre de voilà ... mon expérience, ce genre de pathologie et de violence ouais. J'ai envie de dire je sais pas. Je sais pas comment on réagit, c'est un peu au feeling, c'est un peu comme vous disiez, l'expérience qui rentre en ligne de compte, et le moment aussi, comment nous on se sent. Il y a des jours avec, il y a des jours sans. Il y a des jours où on va se dire, ouais là j'ai bien répondu, et c'était au top, ça m'a peut-être évité de me prendre un beigne, et d'autres on se dit, on aurait peut-être pu faire les choses autrement mais ... encore une fois ça dépend du contexte, ça dépend de l'environnement, ça dépend ... ça dépend de soi, du degré de fatigue, on n'est pas toujours à cent pour cent. C'est pas dit que d'un jour à l'autre, sur une situation équivalente, on va répondre de la même manière parce qu'il y a tout un environnement qui est présent et qui impose de réagir assez rapidement, et qui fait que la réponse va pas être tout le temps la même quoi ... il y a pas de protocole face à une situation violente en fait. C'est beaucoup de feeling, et de soutien en équipe quoi. Surtout ne pas rester seul face à toute cette violence quoi. Essayer de mettre du nombre, des visions différentes et c'est plus simple. Quand on est plusieurs c'est plus simple. Parce que comme je disais cette colère qui peut être première, cette colère archaïque là, cette réponse archaïque qu'on peut mettre face à de la violence qui nous est renvoyée, l'autre permet de ... enfin quand je dis l'autre, c'est l'autre soignant. Je veux dire voilà, on est soignant, il faut qu'on ait une position soignante, on peut pas se permettre de rentrer dans le tas comme ça donc euh ... moi le nombre me permet ça aussi. Alors je dis pas que si je suis dans la rue face à une situation violente je rentrerai dans le tas non plus, je pense que ... du fait de mon expérience de mon métier, j'ai plus tendance à prendre du recul, essayer d'analyser rapidement certaines situations, voir ce qu'on peut mettre en place rapidement pour que tout soit sécurisé, surtout pour le patient. Il y a pas de marche à suivre sur

une situation violente. Donc je sais pas si j'agirai toujours de la même façon, certainement pas. C'est aussi ce que le personne en face de moi va renvoyer quoi, voir ce qu'on teste, tiens on va essayer ça, si ça marche pas, on va essayer autre chose. C'est empirique un petit peu. Quelqu'un de violent en face de soi ... on sort pas un manuel quoi. C'est de l'empirisme et ... travail de groupe je pense. Pour ma part c'est ça.

## Annexe VII: La définition de la notion de violence par l'infirmier

Qu'est-ce que la violence en psychiatrie pour vous?

Objectif: Définir le terme de violence selon l'infirmier, et le rapport entre les différents acteurs dans ce contexte

Tableau 1, infirmier 1:

Différents acteurs	Formes de violence	Causes de cette violence	Impact de la violence		
Patients	Verbale : -les insultes -des menaces  Physique : -les coups -passage à l'acte -agressivité	-Peut faire partie des symptômes -ou pas	-du patient envers le soignant  -patient envers un autre patient.		
Soignants	-Maltraitance		<table border="1"> <tr> <td>Travail d'équipe</td> <td>                     -toute l'équipe travaille sur la même longueur d'onde                       -on est soutenus par nos médecins                       -d'accord sur les prises en charge                 </td> </tr> </table>	Travail d'équipe	-toute l'équipe travaille sur la même longueur d'onde  -on est soutenus par nos médecins  -d'accord sur les prises en charge
Travail d'équipe	-toute l'équipe travaille sur la même longueur d'onde  -on est soutenus par nos médecins  -d'accord sur les prises en charge				



			<table border="1"> <tr> <td>Moralité face à la violence</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>-on est peut-être plus sensibilisés</li> <li>-on essaye de réfléchir à nos pratiques</li> <li>-on questionne nos pratiques</li> </ul> </td> </tr> </table>	Moralité face à la violence	<ul style="list-style-type: none"> <li>-on est peut-être plus sensibilisés</li> <li>-on essaye de réfléchir à nos pratiques</li> <li>-on questionne nos pratiques</li> </ul>
Moralité face à la violence	<ul style="list-style-type: none"> <li>-on est peut-être plus sensibilisés</li> <li>-on essaye de réfléchir à nos pratiques</li> <li>-on questionne nos pratiques</li> </ul>				
<p>Institution :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-l'institution</li> <li>-l'hôpital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-des conditions de travail</li> <li>-l'institution nous impose comme conditions de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-les soignants étaient à bout</li> <li>-parce que ça faisait dix ans qu'ils étaient dans le même service</li> <li>-patients par exemple chroniques</li> <li>-pas accorder leurs souhaits de changement d'unité.</li> <li>-là pour l'instant on a une chambre mais on sait pas si c'est pour lui</li> <li>-donc peut être qu'il va rester en CSI</li> </ul>	<p>-la violence institutionnelle aussi pour les patients</p>		

Tableau 2, Infirmier 2:

Différents acteurs	Formes de violence	Causes de cette violence	Impact de la violence
Patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>-physique</li> <li>-verbal</li> <li>-la violence que la maladie nous renvoie</li> <li>-la perception de la souffrance des patients</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-on entend souvent violence physique</li> <li>-c'est pas tant ça pour moi la violence prépondérante</li> </ul>
La violence institutionnelle		<ul style="list-style-type: none"> <li>-manque de lit</li> <li>-organisation d'hôpital</li> <li>-l'absence</li> <li>-ou le manque de médecin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Violence prépondérante</li> <li>-Impact sur le soin, et donc sur les patients</li> </ul>
Soignants -violence du soignant envers le patient			<ul style="list-style-type: none"> <li>-on est en situation d'échec</li> <li>-en situation d'impuissance</li> <li>-pour apaiser cette souffrance</li> </ul>

## Annexe VIII : Les réactions soignantes face à la violence

Décrivez moi une situation de violence en psychiatrie.

Face à une situation de violence est-ce que vos réactions ont évoluées au cours de votre expérience professionnelle ?

Objectif: Identifier les réactions infirmières face à la violence des patients. Savoir si ces réactions évoluent avec l'expérience professionnelle

	Professionnel		Apport de l'équipe	Attitudes vis à vis du patient	
Réactions face à la violence	<p>Anticipation</p> <p>-j'ai intérêt d'avoir des réflexes (IDE1)</p> <p>-parce que je vais m'en prendre une</p> <p>-je me prépare</p> <p>-sentir monter cette violence (IDE 2)</p> <p>-c'est essayer de voir venir</p>	<p>Emotion</p> <p>-j'ai senti l'adrénaline</p> <p>-mais tu sais comme un frisson vraiment qui te glace le dos</p> <p>- t'as l'impression que ton coeur il s'arrête</p> <p>-je trouve que ça me fige</p>	<p>-tu protèges ta collègue</p> <p>-on y va à un ou deux</p> <p>-des gens avec qui il a une bonne accroche</p> <p>-on tente d'abord sans prendre de risque</p>	<p>Protection du patient</p> <p>-pas faire mal au patient non plus</p> <p>-le maîtriser rapidement, sans lui faire de mal</p> <p>-on est amené à maîtriser le patient</p> <p>-c'est pour le</p>	<p>Observation des réactions du patient</p> <p>-on sent dans son regard qu'il y a quelque chose qui change</p> <p>-ou alors il va avoir la capuche</p> <p>-un isolement</p> <p>-ça peut être un retrait</p>

	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="667 204 887 304"></td> <td data-bbox="887 204 1104 304">-mais je garde mon calme</td> </tr> </table>		-mais je garde mon calme		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1594 204 1814 539">bien du patient</td> <td data-bbox="1814 204 2031 539">-essayer de trouver des petits signes qui nous laisse penser que le patient est pas comme d'habitude</td> </tr> </table>	bien du patient	-essayer de trouver des petits signes qui nous laisse penser que le patient est pas comme d'habitude					
	-mais je garde mon calme											
bien du patient	-essayer de trouver des petits signes qui nous laisse penser que le patient est pas comme d'habitude											
Conséquences	-ça fait beaucoup de truc à penser en même temps	<p>- on apprend à se défendre</p> <p>-ça remettait nos pratiques en question</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1594 874 1736 970">Communi- niquer</th> <th data-bbox="1736 874 1877 970">Apaiser</th> <th data-bbox="1877 874 2031 970">Protéger</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1594 970 1736 1209">-on essaye de parler avec le patient</td> <td data-bbox="1736 970 1877 1209">-peur de trop médicaliser le patient</td> <td data-bbox="1877 970 2031 1209">-éviter les passages à l'acte sur les soignants</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1594 1209 1736 1377">- Faire verbaliser la personne</td> <td data-bbox="1736 1209 1877 1377">-il y a des patients qui vont</td> <td data-bbox="1877 1209 2031 1377">-sur eux-mêmes - et sur les patients</td> </tr> </tbody> </table>	Communi- niquer	Apaiser	Protéger	-on essaye de parler avec le patient	-peur de trop médicaliser le patient	-éviter les passages à l'acte sur les soignants	- Faire verbaliser la personne	-il y a des patients qui vont	-sur eux-mêmes - et sur les patients
Communi- niquer	Apaiser	Protéger										
-on essaye de parler avec le patient	-peur de trop médicaliser le patient	-éviter les passages à l'acte sur les soignants										
- Faire verbaliser la personne	-il y a des patients qui vont	-sur eux-mêmes - et sur les patients										

			<p>e</p> <p>-pas crier plus que lui</p> <p>-prendre le temps de parler avec le patient</p> <p>-ne pas s'affoler</p>	<p>le</p> <p>réclamer d'eux mêmes</p> <p>-je pense que les patients doivent être médiqué s à un moment.</p> <p>-le sédaté</p> <p>-ré évaluer la sédation</p> <p>-d'autres activités, d'aller faire un tour dehors,</p>	<p>-on sécurise</p> <p>- aller en CSI</p> <p>- à le contention ner</p> <p>-on met en place ce qui permet de protéger</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1740 204 1883 373">d'aller fumer une cigarette</td> <td data-bbox="1883 204 2047 373"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1740 411 1883 528">-mais parfois il faut plus</td> <td data-bbox="1883 411 2047 528"></td> </tr> </table>	d'aller fumer une cigarette		-mais parfois il faut plus							
d'aller fumer une cigarette													
-mais parfois il faut plus													
Impact avec l'expérience professionnelle	<p>-Avec le recul, on l'appréhende pas de la même manière</p> <p>-plus facilement prendre sur moi</p> <p>-maturité dans les soins</p> <p>-une assise aussi</p> <p>-une légitimité à avoir telle ou telle réaction face à des situations violentes</p> <p>- des situations déjà vécues</p> <p>-anticiper la non-maîtrise</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1131 715 1350 842">Anticipation des anciens diplômés</th> <th data-bbox="1350 715 1568 842">Anticipation des jeunes diplômés</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1131 842 1350 1011">-on hésite pas à donner des si besoin</td> <td data-bbox="1350 842 1568 1011">-n'ont pas forcément ce réflexe</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1131 1011 1350 1181">-pour justement éviter les crises</td> <td data-bbox="1350 1011 1568 1181">-et souvent ça part en clash</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1131 1181 1350 1350">-on anticipe</td> <td data-bbox="1350 1181 1568 1350">-tentent de différer en disant que ça va passer</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1131 1350 1350 1377">-et on évite des crises je</td> <td data-bbox="1350 1350 1568 1377">-veulent peut-</td> </tr> </tbody> </table>	Anticipation des anciens diplômés	Anticipation des jeunes diplômés	-on hésite pas à donner des si besoin	-n'ont pas forcément ce réflexe	-pour justement éviter les crises	-et souvent ça part en clash	-on anticipe	-tentent de différer en disant que ça va passer	-et on évite des crises je	-veulent peut-	
Anticipation des anciens diplômés	Anticipation des jeunes diplômés												
-on hésite pas à donner des si besoin	-n'ont pas forcément ce réflexe												
-pour justement éviter les crises	-et souvent ça part en clash												
-on anticipe	-tentent de différer en disant que ça va passer												
-et on évite des crises je	-veulent peut-												

		<p>pense</p> <p>-avoir telle réaction va permettre à ce que les choses s'apaisent rapidement</p> <p>-On sent que ça monte</p> <p>- avant que ça prenne des proportions</p> <p>-on a tendance à un peu foncer tête baissée</p> <p>-on se rend pas compte du danger qui peut nous attendre</p> <p>-on a toujours</p>	<p>être essayer autre chose</p> <p>-d'autres techniques avant d'en arriver aux traitements</p> <p>-le patient tu sens qu'il monte</p> <p>- limite si tu tires pas sur le PTI, si t'appelles pas les renforts et tout</p>	
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

		<p>peur</p> <p>-mais on gère autrement</p> <p>- se positionner plus facilement qu'au début de carrière</p>	
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--



## Annexe IX : Les caractéristiques de la violence et les différentes émotions de l'infirmier face à un patient violent

Quel est la place de la violence dans votre exercice professionnel ? Quelles émotions ressentez-vous face à la violence d'un patient ?

Objectif: A quels types de violence sont confrontés les soignants, et quelles émotions peuvent-ils ressentir face à cette violence.

Type de violence		Émotions ressenties	
Violence physique contre soignant	Violence physique entre patients	Violence qui impacte les émotions pour le prise en charge du patient	Violence qui impacte les émotions pour le soignant
<ul style="list-style-type: none"> <li>-la violence physique à proprement parler c'est pas ce qu'on rencontre le plus (IDE 1)</li> <li>-pas dans le soin,</li> <li>-et en plus met la zizanie dans le service</li> <li>-On se prend une tarte (IDE 2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Il a frappé un autre patient ce week end</li> <li>-il donne des claques</li> <li>-violence physique entre les patients</li> <li>- alors ça c'est beaucoup plus fréquent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-du rejet</li> <li>-des patients qui nous renvoie à des principes de rejet</li> <li>-on peut la prendre de plein fouet</li> <li>-on peut être complètement désarmé</li> <li>-inefficace en terme de soin</li> <li>-ça nous décrédibilise complètement</li> <li>-des propos pourraient peut être dépasser notre pensée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-on trouve pas notre place</li> <li>-on a envie que le patient parte</li> <li>-parce que on voit pas l'intérêt</li> <li>-on voit pas où est notre place dans cette prise en charge</li> <li>-quand il y a des symptômes derrière on le prend pas de la même manière</li> <li>-que quand il y en a pas</li> <li>-ça nous décrédibilise complètement</li> <li>-Ca ça peut entraîner un comportement violent chez l'autre</li> </ul>
Violence verbale			
<ul style="list-style-type: none"> <li>-La violence verbale par contre beaucoup plus</li> <li>-dans la provocation</li> <li>-qui nous insulte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-il y a plus de violence verbale que de violence physique</li> </ul>		

<p>-qui fait des insinuations devant les autres patients</p> <p>-nous balancent des insultes</p> <p>-la violence qu'il peut nous verbaliser</p>			<p>-vraiment c'est révoltant de soigner...</p> <p>-une agressivité aussi soignante</p> <p>-parce qu'on est obligé de maîtriser</p>
<p>-il y aussi tout ce qui est intimidation</p>			<p>-on était à bout avec ce patient</p>
			<p>-il peut y avoir de la colère</p> <p>-une espèce de colère réflexe</p> <p>-très vite essayer d'analyser</p> <p>-de comprendre</p> <p>-d'adapter</p> <p>-réflexion très vite</p> <p>-se reposer sur cet esprit d'équipe</p> <p>-mon collègue va prendre le relai</p>
			<p>-De l'incompréhension</p> <p>-pourquoi est ce qu'il veut s'en prendre à moi</p>
			<p>-se mettre en sécurité</p> <p>-vouloir stopper net la violence de l'autre</p>

	<table border="1"><tr><td data-bbox="1120 193 1585 347"></td><td data-bbox="1585 193 2047 347"><ul style="list-style-type: none"><li>-c'est une sensation de peur</li><li>-de stress quand le patient s'énerve</li></ul></td></tr></table>		<ul style="list-style-type: none"><li>-c'est une sensation de peur</li><li>-de stress quand le patient s'énerve</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>-c'est une sensation de peur</li><li>-de stress quand le patient s'énerve</li></ul>		

## Annexe X : Les émotions et le sentiment de sécurité du professionnel de santé

Est ce que vos émotions ont un impact sur votre sentiment de sécurité ?

Objectif: Savoir sur quoi se fonde le sentiment de sécurité des soignants. Savoir si les émotions des soignants face à la violence influencent leur sentiment de sécurité au sein d'un service de soin.

Les émotions	Environnement	Patient	Equipe				
<p>-c'est une sensation de peur (IDE 1)</p> <p>-de stress quand le patient s'énerve</p> <p>-Ouais je suis pas en sécurité</p> <p>-tout se mélange très vite dans ta tête</p> <p>-il y a des moments où on flippe (IDE 2)</p> <p>-il y a des moments de flippe</p> <p>-mon intégrité physique aurait pu être mise à mal</p> <p>-ça m'empêche pas de revenir au</p>	<p>-si on est avec des patients ou pas</p> <p>-de l'environnement dans lequel on est</p> <p>-la pièce dans laquelle on est</p> <p>-je pense qu'on va se sentir plus ou moins en sécurité</p> <p>-Globalement je me sens en sécurité dans le service</p> <p>- parce que je sais qu'on est équipé quand même</p> <p>-on peut faire appel à l'EPI, l'équipe d'intervention</p>	<p>-on sait comment ils sont</p> <p>-on parvient à trouver des solutions avec eux</p> <p>-pour s'apaiser</p> <p>-ça dépend des situations</p> <p>-et de si on connaît le patient</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1597 619 1816 679">Absence</th> <th data-bbox="1816 619 2031 679">Soutien</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1597 679 1816 1396"> <p>-tout de suite tu te dis, mais où sont les collègues</p> <p>-et on se dit bah mince où est-ce que sont les collègues</p> </td> <td data-bbox="1816 679 2031 1396"> <p>-je m'appuie sur l'équipe, sur mes collègues</p> <p>- et je sais que je suis pas tout seul face à cette violence</p> <p>-en équipe, on est très vite secondé</p> <p>-on est pas loin d'un</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Absence	Soutien	<p>-tout de suite tu te dis, mais où sont les collègues</p> <p>-et on se dit bah mince où est-ce que sont les collègues</p>	<p>-je m'appuie sur l'équipe, sur mes collègues</p> <p>- et je sais que je suis pas tout seul face à cette violence</p> <p>-en équipe, on est très vite secondé</p> <p>-on est pas loin d'un</p>
Absence	Soutien						
<p>-tout de suite tu te dis, mais où sont les collègues</p> <p>-et on se dit bah mince où est-ce que sont les collègues</p>	<p>-je m'appuie sur l'équipe, sur mes collègues</p> <p>- et je sais que je suis pas tout seul face à cette violence</p> <p>-en équipe, on est très vite secondé</p> <p>-on est pas loin d'un</p>						

travail

-Ne pas être dans le trop  
d'émotions

-faire en sorte qu'elle ne  
transparaisse pas pour le patient

collègue

-on reste pas  
tout seul

-maintenant  
on a deux  
hommes à  
travailler avec  
nous  
-et on sent la  
différence

## Annexe XI : L'influence des émotions soignantes sur la communication avec un patient violent

Est ce que vos émotions influencent la communication avec le patient ?

Objectif: Comprendre comment la communication se construit avec un patient violent selon les émotions du soignant.

Émotions du soignant	Communication verbale face à la violence	Communication non verbale
<p>Colère</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-de la colère (IDE 2)</li> <li>- il peut y avoir de la colère</li> <li>-une espèce de colère réflexe</li> <li>-cette colère qui peut être première</li> <li>-cette colère archaïque</li> <li>-on était en colère (IDE 1)</li> <li>-ça nous prend tellement sur nous</li> <li>-on s'est toutes énervées sur le patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-on s'est emportées verbalement</li> <li>-“nan mais ça suffit, tu arrêtes tes conneries”.</li> <li>-on utilisait des mots un peu plus crus</li> <li>-certes qui s'écartent un peu du langage professionnel</li> <li>-des propos pourraient peut être dépasser notre pensée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ça peut entraîner un comportement violent chez l'autre</li> <li>-une agressivité aussi soignante</li> </ul>
<p>Tristesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-on va reprendre parce que c'est lourd pour moi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-histoire d'être dans la distance</li> </ul>

<p>-faut pas qu'on soit submergé aussi</p> <p>-Faut pas qu'on se mette à pleurer devant un patient qui pleure</p> <p>-Il y a la tristesse que peut nous renvoyer l'histoire de vie d'un patient</p>	<p>-dire au patient, voilà ce que vous me dites c'est lourd</p> <p>-on pourra reprendre ça</p>									
<p>Peur</p> <p>-quand c'est la peur qui se présente</p> <p>-tu sens que t'es pas à l'aise</p> <p>-c'est une sensation de peur</p> <p>-il y a des moments où on flippe</p> <p>-il y a des moments de flippe</p>	<p>-tu vas plus sur le terrain de la douceur</p> <p>- tu vas pas en frontal</p> <p>-T'essayes vraiment d'aller en douceur</p> <p>- j'y vais en douceur</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1406 576 1615 671">Le ton</th> <th data-bbox="1615 576 1823 671">L'attitude et la proxémie</th> <th data-bbox="1823 576 2031 671">Considération du patient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1406 671 1615 967"> <p>-utilisant un ton posé</p> <p>-on a pris les choses calmement</p> <p>- avec limite des côtés maternants</p> <p>-on parle calmement, en douceur</p> <p>-une voix calme</p> </td> <td data-bbox="1615 671 1823 967"> <p>-pas des gestes brusques</p> <p>-vraiment essayer d'avoir l'attitude la plus neutre possible</p> <p>-il faut qu'on ait une position soignante</p> <p>-prendre les</p> </td> <td data-bbox="1823 671 2031 967"> <p>-laisser le patient s'exprimer</p> <p>- Faire verbaliser la personne</p> <p>-</p> <p>désescalader par la parole, par la verbalisation</p> <p>- lui donner un espace où</p> </td> </tr> </tbody> </table>			Le ton	L'attitude et la proxémie	Considération du patient	<p>-utilisant un ton posé</p> <p>-on a pris les choses calmement</p> <p>- avec limite des côtés maternants</p> <p>-on parle calmement, en douceur</p> <p>-une voix calme</p>	<p>-pas des gestes brusques</p> <p>-vraiment essayer d'avoir l'attitude la plus neutre possible</p> <p>-il faut qu'on ait une position soignante</p> <p>-prendre les</p>	<p>-laisser le patient s'exprimer</p> <p>- Faire verbaliser la personne</p> <p>-</p> <p>désescalader par la parole, par la verbalisation</p> <p>- lui donner un espace où</p>
Le ton	L'attitude et la proxémie	Considération du patient								
<p>-utilisant un ton posé</p> <p>-on a pris les choses calmement</p> <p>- avec limite des côtés maternants</p> <p>-on parle calmement, en douceur</p> <p>-une voix calme</p>	<p>-pas des gestes brusques</p> <p>-vraiment essayer d'avoir l'attitude la plus neutre possible</p> <p>-il faut qu'on ait une position soignante</p> <p>-prendre les</p>	<p>-laisser le patient s'exprimer</p> <p>- Faire verbaliser la personne</p> <p>-</p> <p>désescalader par la parole, par la verbalisation</p> <p>- lui donner un espace où</p>								
<p>Émotions en général</p> <p>-Toute sorte d'émotion</p> <p>- il y a toujours de l'émotion</p> <p>-l'émotion elle est toujours présente</p> <p>-c'est inhérent au soin être dans l'émotion de l'autre</p>	<p>-utiliser l'humour</p> <p>-j'essaye d'être dans ce jeu un peu humour</p> <p>-j'utilise pas mal l'humour</p> <p>-ça dépend de soi</p> <p>-du degré de fatigue</p>									

-On sent ce que le patient nous renvoi

-oui ça peut influencer

-oui les émotions je pense influent

-le fait de savoir si on a pas de solution si le patient nous fonce dessus, je pense que ça influe forcément notre attitude

-les émotions sont toujours à la base de la relation

-comment on peut travailler avec ça

-ça sert à rien d'envenimer les choses en haussant le ton

-peut-être des fois hausser un petit peu le ton si le patient parle fort

-des collègues de petites tailles, qui vont hausser le ton

choses calmement

-avoir une attitude sécuritaire, c'est-à-dire ne pas se mettre dans un angle

-garder une attitude sécuritaire

- il faut quand même laisser une distance parce que ça reste une situation imprévisible

- généralement on fait un pas de recul

-il faut quand

cette colère peut être verbalisée

-l'écouter

-un intérêt en tout cas à ce qu'elle soit prise en compte

-Chercher son regard

-il y a pleins de choses qui passent par le regard



			même se laisser deux mètres, je dirais	
			-quelle distance on met	

## Annexe XII : La relation soignant-soigné face à la violence du patient

Quelle relation avez-vous avec un patient qui se montre /qui s'est montré agressif envers vous ou vos collègues?

Objectif: Savoir si la relation soignant-soigné est influencée face à la violence du patient.

Rejet du patient		Accompagnement du patient	Protection du patient															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Rejet</th> <th>Colère</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-le rejet -soit on rejette (IDE1)</td> <td>-sur le coup j'étais tellement énervée</td> </tr> <tr> <td>-nan je t'arrête</td> <td>-Là j'étais en colère</td> </tr> <tr> <td>-Je lui dis je t'arrête tout de suite</td> <td>-ça m'a mise hors de moi</td> </tr> <tr> <td>- je suis pas prête</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-tu vas me laisser un petit peu de temps</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-ça passe pas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-sur le coup j'ai pas pu passer outre</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Rejet	Colère	-le rejet -soit on rejette (IDE1)	-sur le coup j'étais tellement énervée	-nan je t'arrête	-Là j'étais en colère	-Je lui dis je t'arrête tout de suite	-ça m'a mise hors de moi	- je suis pas prête		-tu vas me laisser un petit peu de temps		-ça passe pas		-sur le coup j'ai pas pu passer outre		<ul style="list-style-type: none"> <li>- on va dans le petit jardin</li> <li>-tu vas fumer une cigarette</li> <li>-trouver des alternatives</li> <li>-on trouve des alternatives</li> <li>- il prenne conscience un petit peu de la réalité</li> <li>-et des conséquences de ses actes</li> <li>-j'ai repris ça avec lui</li> <li>-revenir sur ces moments de tension</li> <li>-C'est de l'accompagnement ouais (IDE 2)</li> <li>-Voir ce que lui il a compris de ça</li> <li>-essayer de comprendre</li> <li>-essayer de trouver avec lui des pistes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-on a pris les choses calmement</li> <li>- avec limite des côtés maternants</li> <li>- j'avais commencé à maintenir au niveau du ventre</li> <li>-on les a séparé</li> <li>-on est obligé de les re séparer</li> <li>-on lui donne son traitement pour que ça l'apaise</li> <li>-si ça monte toujours on va faire appel à un renfort</li> <li>-plus ou moins chambre d'isolement</li> <li>-on peut être que dans la réduction du risque</li> <li>-essayer d'éviter tout passage à l'acte trop violent</li> </ul>
Rejet	Colère																	
-le rejet -soit on rejette (IDE1)	-sur le coup j'étais tellement énervée																	
-nan je t'arrête	-Là j'étais en colère																	
-Je lui dis je t'arrête tout de suite	-ça m'a mise hors de moi																	
- je suis pas prête																		
-tu vas me laisser un petit peu de temps																		
-ça passe pas																		
-sur le coup j'ai pas pu passer outre																		

	<ul style="list-style-type: none"><li>-l'intérêt c'est de retravailler ça avec le patient</li><li>-On peut travailler sur cette violence</li><li>-on peut essayer de travailler sur cette violence là</li><li>-amener le patient vers cette réflexion</li><li>- voir ce que le patient peut mettre en place pour éviter ça</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-mettre en place rapidement pour que tout soit sécurisé</li></ul>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Annexe XIII : Les moyens mis en place par l'infirmier face à la violence

Comment gérez vous vos émotions/réactions dans votre travail face à un patient violent ?

Objectif: Savoir quels sont les moyens mis en place par l'infirmier pour faire face à une situation violente.

Soutien professionnel		Cadre légal	Soutien personnel																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Equipe</th> <th>Membres extérieurs</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-on débrief souvent (IDE 2)</td> <td>-verbaliser</td> </tr> <tr> <td>-on va débriefer entre équipe</td> <td>-il y a des psychologues</td> </tr> <tr> <td>-C'est toujours l'appui, l'appui du travail d'équipe</td> <td>-psychologue du travail</td> </tr> <tr> <td>-on va être là pour lui</td> <td>-en parler au cadre</td> </tr> <tr> <td>-c'est surtout le débrief en équipe</td> <td>-le cadre organise, va organiser quelque chose</td> </tr> <tr> <td>-comment les collègues ont vécu telle ou telle situation</td> <td>-avec une psycho</td> </tr> <tr> <td></td> <td>-il y a des médecins</td> </tr> <tr> <td></td> <td>-tu peux parler de ça au médecin</td> </tr> </tbody> </table>	Equipe	Membres extérieurs	-on débrief souvent (IDE 2)	-verbaliser	-on va débriefer entre équipe	-il y a des psychologues	-C'est toujours l'appui, l'appui du travail d'équipe	-psychologue du travail	-on va être là pour lui	-en parler au cadre	-c'est surtout le débrief en équipe	-le cadre organise, va organiser quelque chose	-comment les collègues ont vécu telle ou telle situation	-avec une psycho		-il y a des médecins		-tu peux parler de ça au médecin	<p>-cette possibilité de porter plainte</p> <p>-renvoyer cette possible plainte au patient</p>	<p>-le fait de faire la route</p> <p>-ça m'arrive d'en parler à mes proches</p> <p>-ça fait du bien d'en parler à des gens extérieurs</p> <p>-je m'appui sur ma famille</p> <p>-j'essaye de retrouver des moments plus de joie</p> <p>- s'appuyer sur son réseau familial</p> <p>-amical</p>
Equipe	Membres extérieurs																			
-on débrief souvent (IDE 2)	-verbaliser																			
-on va débriefer entre équipe	-il y a des psychologues																			
-C'est toujours l'appui, l'appui du travail d'équipe	-psychologue du travail																			
-on va être là pour lui	-en parler au cadre																			
-c'est surtout le débrief en équipe	-le cadre organise, va organiser quelque chose																			
-comment les collègues ont vécu telle ou telle situation	-avec une psycho																			
	-il y a des médecins																			
	-tu peux parler de ça au médecin																			

<p>-l'écoute entre collègue</p> <p>-on va en parler avec les collègues (IDE 1)</p> <p>-la première chose qu'on fait, c'est en parler aux collègues</p> <p>-il y a des réunions derrière</p> <p>-on est jamais tout seul</p> <p>-on voit bien que si quelqu'un est mal dans une situation, on lui dit de passer son tour</p> <p>-mon collègue va prendre le relai</p>	<p>-avec le médecin</p> <p>-nous ré orienter vers la médecine du travail</p> <p>-on puisse en parler à un tiers</p> <p>-ils sont généralement à l'écoute</p> <p>-possibilité de verbaliser</p>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

NOM : MARREC

PRENOM : Olivia

TITRE : Le soignant et la confrontation à la violence en milieu psychiatrique

Different actors intervene in the context of violence. However, within the psychiatric hospital services, caregivers are often confronted with patient violence. Several forms of violence are present in these care units, but verbal violence is the most recurrent. Depending on the context and the environment, nurses adopt different attitudes and reactions to deal with this problem. This reaction may depend on the personal experience of the nurse. Indeed, the perception of violence is subjective. Although caregivers emotions are present during the management of violence, securing the environment, patients, and other caregivers is paramount. Furthermore, communication will provide to set up a helping relationship with the patient, in order to support him in adapting his behavior. To communicate with an abusive patient, non-verbal communication is as important as words. Finally, in a psychiatric environment, to best support the patient, teamwork is essential. Support within teams, brings a sense of security to everyone.

Différents acteurs interviennent dans le contexte de violence. Néanmoins, au sein des services hospitaliers de psychiatrie, les soignants sont souvent confrontés à la violence des patients. Plusieurs formes de violence sont présentes dans ces unités de soins, mais la violence verbale est la plus récurrente. Selon le contexte et l'environnement, les infirmiers adoptent diverses attitudes et réactions pour faire face à ce problème. Cette réaction peut dépendre du vécu personnel de l'infirmier. En effet, la perception de la violence est subjective. Bien que les émotions des soignants soient présentes lors de la gestion de la violence, la sécurisation de l'environnement, des patients, et des autres soignants est primordiale. Par ailleurs, la communication va permettre de mettre en place une relation d'aide avec le patient, afin de l'accompagner à adapter son comportement. Pour communiquer avec un patient violent, la communication non verbale est tout aussi importante que les mots. Enfin, en milieu psychiatrique, pour accompagner au mieux le patient, le travail d'équipe est essentiel. Le soutien au sein des équipes apporte un sentiment de sécurité à chacun.

KEYWORDS : Violence, communication, emotions, sense of security, team

MOTS CLES : Violence, communication, émotions, sentiment de sécurité, équipe

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

IFSI Pontchaillou. 2, rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 09

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Promotion 2017-2020