



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

**Prendre en soin l'agressivité: quand mon attitude peut influencer
ses actes.**

Formateur référent: Béatrice Cherel

COCHET Carla
Formation en soins infirmier
Promotion 2018-2021

Date de remise: 10 mai 2021



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier-e

Travaux de fin d'études :

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

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

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

Le 09 mai 2021

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

Remerciements

Je tenais à remercier l'ensemble des formateurs qui ont su nous accompagner et se montrer présents pour nous malgré les conditions parfois compliquées auxquelles nous avons dû faire face pendant notre formation.

Je voulais également remercier plus particulièrement Béatrice Chérel, ma guidante de mémoire qui a su se montrer disponible et m'accompagner tout au long de ce mémoire, en répondant à mes interrogations et en m'encourageant.

Je voulais aussi remercier Erwan Masson, mon référent pédagogique, pour sa patience à toute épreuve, pour le temps qu'il a consacré à mon accompagnement, pour son investissement et pour tous les conseils qu'il a pu m'apporter durant ces trois années de formation.

Évidemment, je souhaite remercier mes amies de promotion et mon petit-ami avec qui j'ai partagé tellement de bons moments durant ces trois ans, qui ont toujours été à l'écoute lors des moments plus compliqués. Sans eux cette formation n'aurait pas été la même.

Je remercie aussi les infirmières qui ont accepté de répondre à mes questions, malgré les conditions sanitaires quelque peu difficiles. Je souhaite également remercier tous les professionnels qui m'ont tant appris pendant les stages et fait partager leur expérience, cela m'a permis de me construire en tant que future professionnelle.

Sommaire

Introduction	1
1 - Situations d'appels	2
1-1 Situation d'appel n°1: Service de réhabilitation en psychiatrie	2
1-2 Situation d'appel n°2: Service de soins d'admissions en psychiatrie	2
1-3 Questionnements	2
1-4 Emergence de la question de départ	3
2 - Cadre conceptuel	4
2-1 L'infirmier en psychiatrie	4
2-1-1 La psychiatrie et la santé mentale	4
2-1-2 Etre infirmier en psychiatrie	5
2-2 L'agressivité en psychiatrie	6
2-2-1 Agressivité et violence, deux notions proches mais différentes	6
2-2-2 Facteurs contributifs à l'agressivité	8
2-2-3 Prise en charge de l'agressivité en psychiatrie	8
2-3 La communication	10
2-3-1 Définition	10
2-3-2 Les modes de communication	11
2-3-2-1 La communication verbale	11
2-3-2-2 La communication non verbale	11
3 - Dispositif méthodologique de recueil de données	13
3-1 Méthodologie de l'enquête	13
3-1-1 Choix de l'outil	13
3-1-2 Choix de la population interrogée	13
4 - Analyse descriptive des entretiens	14
4-1 Notion de violence et d'agressivité	14
4-2 Gestion de l'agressivité	15
4-3 La communication dans la prise en soin de l'agressivité	17
4-4 La place des émotions soignantes face à l'agressivité	19
5 - Discussion	20
5-1 L'agressivité en psychiatrie: caractéristiques et manifestations	20
5-2 La prise en soin d'un patient hétéroagressif	22
5-3 Le ressenti soignant face à l'agressivité	24
Conclusion	27
Bibliographie	
Sommaire des annexes	

Introduction

Étudiante à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Pontchaillou à Rennes, je réalise un Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers (MIRSI), qui est à mon sens l'aboutissement de trois années de formation, puisque ce travail nous permet de montrer notre réflexion en temps que professionnel de demain.

Cette formation permet de nous construire en temps que futur professionnel de santé à travers des apports théoriques et pratiques et aussi grâce aux différents stages que nous réalisons. Cette formation nous amène également à nous confronter aux différentes expériences de la vie et par conséquent à apprendre à gérer les différentes situations et les émotions qui en découlent. En tant qu'étudiante, j'ai parfois été confrontée à des situations qui m'ont interpellé ou bien à des situations où je ne savais pas comment les gérer et donc comment réagir face à celles-ci.

Durant mes trois années de formation, j'ai eu l'occasion de réaliser plusieurs stages en santé mentale. Au cours de ces stages j'ai été confrontée à l'agressivité de certains patients et qu'on associe souvent à la violence au sein du milieu hospitalier. J'ai pu observer que chaque professionnel de santé avait une façon différente de réagir et de gérer les comportements agressifs des patients, et qu'en fonction de ceux-ci les patients avaient eux aussi des réactions différentes. C'est pour cela que j'ai souhaité travailler sur la façon dont la posture du soignant influe sur la prise en soin du patient.

Pour étayer ce travail j'ai sélectionné deux situations que j'ai eu l'occasion de rencontrer durant mes stages. Je les ai décrites en faisant ressortir mes réflexions et les différents questionnements qui en ont émané.

Après vous avoir exposé un résumé de mes situations d'appels (que vous retrouverez en intégralité en annexes), je poserai le cadre théorique dans lequel j'aborderai la place de l'infirmier en santé mentale, je m'attacherai à définir l'agressivité en la distinguant de la violence et en abordant la prise en soin de l'agressivité, et pour finir mon cadre théorique je développerai la communication sous ses différentes formes. Je présenterai ensuite le dispositif méthodologique de recueil de données. Par la suite, j'analyserai les entretiens que j'ai réalisés auprès d'infirmiers travaillant en psychiatrie et je finirai par la discussion.

1 - Situations d'appels

1-1 Situation d'appel n°1: Service de réhabilitation en psychiatrie

Cette situation s'est déroulée lors de mon tout premier stage en psychiatrie. J'ai été confrontée à un patient qui était hospitalisé pour des troubles du comportement avec hétéroagressif se majorant lors de frustrations. Ce jour-là, le patient s'est trouvé dans une situation frustrante ce qui l'a amené à s'énerver contre moi et à m'insulter. Un infirmier du service est intervenu, le ton a commencé à monter chez le patient mais aussi chez l'infirmier. Le patient a tenté à deux reprises de s'en prendre à nous physiquement. La situation était de plus en plus tendue. Cette altercation s'est soldée par l'intervention du cadre de service qui a ramené le patient dans sa chambre.

1-2 Situation d'appel n°2: Service de soins d'admissions en psychiatrie

Lors de mon deuxième stage en santé mentale, pendant un repas, un patient souffrant de trouble schizophrénique est entré dans l'office en nous menaçant avec un couteau et en répétant qu'il voulait nous "planter". Dans l'office nous étions deux étudiants et un infirmier. L'infirmier présent dans l'office est resté calme et a adopté un ton apaisé pour parler au patient. Un autre infirmier du service est arrivé et s'est adressé directement au patient pour lui demander ce qu'il se passait. Le patient a répondu qu'il entendait des voix. La situation ne s'est pas dégradée mais s'est relativement apaisée. Le patient a réussi à exprimer ses sentiments et à entamer un dialogue avec les soignants.

1-3 Questionnements

Ces situations m'ont amenée me poser plusieurs questions:

- Le ton employé peut-il influencer l'exacerbation ou non d'un comportement agressif ?
- Le comportement soignant permet-il de temporiser une situation plus ou moins agressive ?
- L'agressivité est-elle un moyen pour le patient de s'exprimer ?
- Est-ce qu'être confronté régulièrement à des situations agressives impacte notre comportement en tant que soignant ?
- Quelles peuvent-être les répercussions de l'agressivité sur les différents acteurs d'une même situation ?

- Comment faire en sorte qu'un comportement agressif ne s'empire pas et quels outils les soignants peuvent-ils utiliser dans ce type de situation ?

1-4 Emergence de la question de départ

Ces différentes expériences vis-à-vis de l'agressivité, ainsi que les questionnements ayant émanés des situations énoncées précédemment m'ont conduit vers une question de départ qui est la suivante :

“ En psychiatrie, en quoi la posture infirmière impacte-elle la prise en soins d'un patient présentant des comportements hétéroagressifs ?”

2 - Cadre conceptuel

2-1 L'infirmier en psychiatrie

2-1-1 La psychiatrie et la santé mentale

D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL,2021), la psychiatrie est définie comme une “ Partie de la médecine qui étudie, qui traite les maladies mentales et les troubles du psychisme ”. L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé mentale comme “un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.” (OMS, 2018).

La psychiatrie est un domaine de soins qui suscite beaucoup de discussions. La Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH, 2013) a participé à un travail sur la spécificité de la psychiatrie publique, celle-ci y est décrite comme “très différente des autres spécialités médicales”. Depuis longtemps la psychiatrie est considérée comme une “médecine morale” qui prend chaque individu dans son ensemble à travers différentes dimensions “bio-psycho-social”:

“La psychiatrie n'est donc pas une science exacte qui se résumerait, sur le modèle biologique des spécialités de médecine organique, aux neurosciences du cerveau, du comportement et des cognitions : dans sa pratique quotidienne, elle fait aussi et surtout appel aux sciences humaines et sociales, à la philosophie, à l'anthropologie.” (CPH, 2013)

Aujourd'hui la psychiatrie a un rôle essentiel dans la prévention et le traitement des affections psychiatriques. Des équipes pluridisciplinaires sont formées pour prendre en soins des patients ayant besoin d'un suivi psychiatrique au sein de structure psychiatrique publique ou privée.

Ce domaine de soin reste cependant un milieu très stigmatisé où il existe encore énormément de préjugés. Les services de soins psychiatriques sont encore vu comme des lieux pour les personnes “folles” ou comme des “asiles” pour une majorité de personnes. Les pouvoirs publics ont conscience que ce domaine de soins a besoin de plus de moyens, et depuis plusieurs années des Plans Nationaux de Santé Mentale ont été développés pour notamment moderniser cette dernière, mais aussi pour que les personnes atteintes d'affections psychiatriques puissent bénéficier de meilleurs soins et d'un meilleur suivi. A travers ces différentes mesures, le gouvernement met en avant l'importance de prendre soin de sa santé mentale.

2-1-2 Etre infirmier en psychiatrie

La formation infirmière a connu de nombreux changements depuis le début des années 70. En effet, comme nous l'apprenons dans un article qui se nomme "Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie" écrit par Anne-Marie Leyreloup, plusieurs remaniements ont été effectués. En 1973 un décret établit la création d'une nouvelle formation, celle d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) qui se déroulera sur 2 ans et 4 mois, et qui à la suite permettra l'obtention du diplôme d'ISP qui n'est reconnu qu'à l'échelle départementale et non à celle nationale. En 1979 cette formation est rallongée et dure 3 ans. Ce n'est qu'en 1992 que la formation d'ISP est supprimée pour n'avoir qu'une seule et unique formation qui liera les soins généraux et les soins psychiatriques. A partir de cette date le diplôme d'ISP n'existe plus, un seul et unique diplôme est délivré à tous les infirmiers ayant suivi la formation. Ce diplôme est reconnu à l'échelle nationale contrairement à celui d'ISP. Le choix du lieu d'exercice professionnel ne se fait donc qu'à l'issue de l'obtention du diplôme infirmier.

La profession infirmière est régie par différents textes de lois comme le Code de déontologie infirmier, ou encore le Code de la Santé Publique. Cependant il existe que très peu de textes encadrant la profession d'infirmier en santé mentale.

On peut néanmoins mentionner l'article R4311-6 du Code de la Santé Publique datant du 29 juillet 2004. Cet article énumère les actes et soins propres à la santé mentale effectués par les infirmiers qui sont: l'entretien d'accueil du patient et de son entourage ; les activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ; la surveillance des personnes en chambre d'isolement ; la surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Par ailleurs, l'infirmier en santé mentale est aussi amené à faire différents soins plus généraux pour assurer le confort et la sécurité du patient et de son environnement. L'article R4311-5 du Code de la Santé Publique énonce un ensemble d'actes et de soins que tous les infirmiers, quel que soit leur lieu d'exercice de la profession, sont amenés à réaliser auprès des patients et de l'entourage.

En santé mentale, l'infirmier doit faire preuve d'observation clinique pour apprécier le comportement du patient et son évolution. Le relationnel et la communication sont des enjeux clés de la prise en soins pour créer une alliance thérapeutique et instaurer une relation de confiance dans une relation soignant / soigné qui est parfois mise à rude épreuve. En effet, même si l'agressivité est présente

dans une grande partie des secteurs de soins, en psychiatrie les soignants sont régulièrement amenés à devoir prendre en soin des patients présentant des comportements agressifs.

Il existe des formations pour apprendre à gérer les situations violentes ou agressives. La formation Oméga en fait partie. Cette formation est dispensée sur 28 heures soit 4 jours. Les formateurs qui animent ces journées sont tous soignants et interviennent auprès d'autres professionnels qui se forment. Elle a pour but d'apporter aux soignants travaillant dans des secteurs de soins dit "sensibles", comme les urgences ou la psychiatrie, des outils et techniques de communication notamment pour appréhender au mieux ce genre de situation. Le contenu proposé dans cette formation est varié, cela va des principes de base (comment se protéger par exemple) en passant par le processus de gestion des crises, puis en développant différentes possibilités d'interventions, pour ensuite aborder des techniques simples de dégagements ou de contrôles, et enfin une révision post-événement qui permet de faire le point sur la situation qui vient de se dérouler.

Maintenant que nous avons abordé ce qu'était la santé mentale et la place que l'infirmier y occupait nous allons nous développer ce qu'est l'agressivité et en quoi elle est différente de la violence.

2-2 L'agressivité en psychiatrie

2-2-1 Agressivité et violence, deux notions proches mais différentes

Il faut bien faire la différence entre l'agressivité et la violence qui sont deux notions qui peuvent parfois être confondues.

Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales donne comme définition de la violence la suivante, une "Force exercée par une personne ou un groupe de personnes pour soumettre, contraindre quelqu'un ou pour obtenir quelque chose." (2021)

Yves Michaud, philosophe du XX^{ème} siècle définit en 1978 la violence en disant qu' " il y a violence quand, dans une situation d'interaction un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, 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 culturelle" (Revue Santé Mentale, mai 2013, page 10). En 1984 J. Bergeret décrit la violence fondamentale comme "une pulsion primaire purement défensive" (Violence Fondamentale, 1984). Dans un ouvrage intitulé L'infirmier(e) en psychiatrie : *Les grands principes du soin en psychiatrie* rédigé par L. Morasz, la notion de violence est développée: "La violence est un fait (concret, psychique, imaginaire, moral...) né d'une interaction reposant sur une base pulsionnelle

particulière qui lui donne son sens et qui génère chez la victime un vécu douloureux d'effraction (physique ou psychique)". Dans ce même ouvrage il est dit qu'il "est important de distinguer chez nos patients deux mouvements pulsionnels différents : la violence fondamentale et l'agressivité".

L'agressivité est définie par le CNRTL comme étant une "Tendance ou ensemble de tendances qui s'actualisent dans des conduites réelles ou fantasmatiques, celles-ci visant à nuire à autrui, [à] le détruire, le contraindre, l'humilier, etc." (CNRTL, 2021). Laurent Morasz définit en 2002 l'agressivité comme une "combinaison secondaire entre dynamismes violents normaux et dynamisme érotiques." (Revue Santé Mentale n°178 mai 2013, Article page 10). En 2011 la Haute Autorité de Santé a elle aussi donné une définition de l'agressivité qui est la suivante: l'agressivité est une "intention agressive sans acte agressif".

L'agressivité peut se manifester vers autrui, on appelle alors ce phénomène de l'hétéroagressivité, le préfixe "hétéro" signifie "autre" en grec. Elle peut aussi se diriger vers soi-même et on nomme cela de l'auto agressivité, le préfixe "auto" signifiant "soi" en grec également.

Dans la revue *Santé Mentale* de Février 2012, Serge Tisseron (psychiatre, psychanalyste et docteur en psychologie) fait la distinction entre violence et agressivité. L'agressivité apparaît comme un désir pour le sujet de faire reconnaître aux autres sa puissance, mais n'a dans aucun cas pour but de détruire autrui. Le fait de vouloir satisfaire le désir de domination peut inclure le plaisir de faire souffrir l'autre (forme de sadisme) ce qui permet de mettre en avant le pouvoir que le sujet a sur sa victime. Le lien avec l'autre est indispensable.

Par opposition à l'agressivité, dans la violence le sujet ignore l'autre. Une personne violente est soit dans une phase d'hyperpuissance mégalomane où personne n'existe ou alors dans un sentiment d'impuissance où l'autre n'existe pas non plus. Les personnes violentes ont l'angoisse d'être détruites et pensent ne rien avoir à perdre. La violence est une réponse au sentiment de danger. Le plaisir de faire souffrir autrui n'a pas de place dans la violence. Dans la violence on ne retrouve pas d'érotisation comme on peut le percevoir dans l'agressivité. La violence est plus en lien avec la cruauté.

Tout le monde peut être sujet à la violence (par indifférence par exemple) , or tout le monde n'est pas sujet à l'agressivité (revendiquer sa puissance, relation érotique avec sa victime).

On peut donc dire que les notions de violence et d'agressivité sont toutes les deux des pulsions mais que c'est plutôt les orientations qu'elles vont prendre qui les différencient et non leurs manifestations. Par définition la pulsion est une "Force biopsychique inconsciente créant dans l'organisme un état de tension propre à orienter sa vie fantasmatique et sa vie de relation vers des

objets et suscitant des besoins dont la satisfaction est nécessaire pour que la tension tombe” (CNRTL, 2021).

Maintenant que j’ai exposé la différence entre violence et agressivité, je m’attacherais à développer davantage l’agressivité.

2-2-2 Facteurs contributifs à l’agressivité

Dans une étude d’Amelie Perron, Jean Daniel Jacob et Louise Beauvais, réalisée dans un hôpital psychiatrique québécois auprès de patients mais aussi de professionnels de santé (infirmier principalement) il est expliqué 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.”(Recherche en Soins Infirmiers, n°120, mars 2015, pages 47-60). 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.” (La Revue de l’Infirmière, n°217, janvier 2016, pages 45-46). Toujours selon l’étude québécoise, il est dit que le propre de l’individu n’est pas le seul facteur qui peut conduire un patient à l’agressivité. En effet, l’environnement parfois bruyant, les stimuli visuels et auditifs, mais aussi le règlement interne à l’unité ou les consignes restrictives peuvent influencer et conditionner la survenue de situation agressive. Les pratiques soignantes autoritaires peuvent également être un facteur de survenue de situation d’agressivité. (Recherche en Soins Infirmiers, n°120, mars 2015, pages 47-60)

2-2-3 Prise en charge de l’agressivité en psychiatrie

Dans cette même étude d’Amelie Perron, Jean Daniel Jacob, Louise Beauvais, les auteurs apportent des outils et des moyens pour prévenir ou gérer au mieux les comportements agressifs des patients en psychiatrie. Il est important que l’équipe soignante soit authentique pour permettre de créer un climat de confiance avec le patient, ce qui permettra de favoriser une relation thérapeutique plus pérenne. Le but étant de reconnaître les signes ou les situations pouvant conduire à un comportement agressif de la part du patient et d’agir sur ceux-ci avant qu’ils n’engendrent de l’agressivité. Dans le cas où le facteur déclenchant le comportement agressif n’a pas été identifié à

temps, il faut que le soignant qui se verra confronté à l'agressivité du patient adapte sa posture. D'après les infirmiers interrogés dans cette étude québécoise, utiliser un vocabulaire simple et un ton neutre permet d'entamer un dialogue plus facilement avec un patient présentant une attitude agressive, la posture de l'infirmier confronté à cette situation doit être calme. Il est important dans ce genre de situation de s'engager pour le bien-être du patient et de faire en sorte de désamorcer la situation au plus vite. En essayant d'entamer un dialogue le patient pourra sentir qu'on lui porte de l'intérêt et cela peut être un moyen efficace de gérer ce type de situation. En effet si aucun dialogue n'est amorcé cela peut majorer les comportements agressifs car les patients non pas la possibilité d'exprimer à l'oral leurs sentiments et émotions. Le dialogue joue alors un rôle essentiel dans la prise en charge de l'agressivité car il permet de désamorcer les situations agressives en modérant leur intensité et leur durée, mais a aussi un rôle préventif dans la répétition de ce même type de comportement. (Recherche en Soins Infirmiers, n°120, mars 2015, pages 47-60)

On peut aussi mentionner le travail de deux cadres de santé, Gisèle Ambrosini et Véronique Noël, qui ont travaillé sur l'élaboration d'un "guide d'attitudes soignantes" ou elles mentionnent les attitudes à éviter face à un patient violent ou agressif comme par exemple "Avoir un regard trop fixe ou trop fuyant; Parler trop fort; se tenir dans une position de fermeture; Cherchez 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)" (Santé Mentale, décembre 2007, n°123, pages 12-14). Dans ce guide elles explicitent également des attitudes à adopter dans ce même type de situation: "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."

On peut remarquer que les attitudes où le soignant se pose en figure d'autorité et ne laisse pas au patient la possibilité de déposer ses émotions ne permettent pas une bonne relation de soin et ne favorise pas l'apaisement des comportements agressifs. A contrario, les situations où le soignant se montre posé et à l'écoute des plaintes et émotions que le patient souhaite exprimer par son comportement, qu'il soit agressif ou non, permet un apaisement plus rapide des situations qu'on pourrait qualifier de situations de crise.

Michel Plante, psychologue, à travailler sur la pacification des états de crises. En 1999 il développe des *Règles d'application de la méthode de pacification de crise* qui consiste à “ Se demander si on est bien la bonne personne pour intervenir ; S'assurer qu'une seule personne parle au patient ; Utiliser une phrase d'accueil simple et adéquate ; Faire parler, s'exprimer la personne en crise ; Utiliser des petites formulations ; S'occuper des émotions et des sentiments ; Ne pas intervenir au sujet du comportement ; Ne pas faire de demande à la personne en crise ; Garder ses distances par rapport au contenu du discours du patient ; Faire seulement des gestes lents, garder un ton calme ; Permettre l'expression de l'autre sans censure.”

Il existe plusieurs outils et méthodes que l'on peut utiliser pour gérer le comportement agressif du patient. Néanmoins, si toutes ces méthodes non médicamenteuses ont été essayées et que la situation ne s'est pas désamorcée, les soignants peuvent alors avoir recours à l'utilisation de thérapeutique médicamenteuse pour apaiser la situation mais aussi le patient. On sait qu'un patient présentant un comportement agressif utilise beaucoup d'énergie, ce qui a force induit un épuisement et une souffrance psychique pour le patient, il faut alors le soulager.

Dans cette partie nous avons pu constater que la posture du soignant mais aussi sa façon de communiquer avec le patient jouent un rôle majeur dans la prise en charge de l'agressivité.

2-3 La communication

2-3-1 Définition

D'après le CNRTL, la communication est définie comme un “Processus par lequel une personne (ou un groupe de personnes) émet un message et le transmet à une autre personne (ou groupe de personnes) qui le reçoit, avec une marge d'erreurs possibles (due, d'une part, au codage de la langue parlée ou écrite, langage gestuel ou autres signes et symboles, par l'émetteur, puis au décodage du message par le récepteur, d'autre part au véhicule ou canal de communication emprunté)” (2021). Sur le site internet du Larousse, la communication est ici définie comme une “Action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse”.

Dans les apports théoriques du semestre deux, sur les différents types de relation, la communication y est abordée. Nous apprenons alors que si le récepteur d'un message devient à son tour émetteur d'un message ayant pour destinataire l'émetteur du premier message, on parle alors de feedback.

Il existe différentes façons de communiquer. Je vais développer ci-dessous la communication verbale et la communication non verbale.

2-3-2 Les modes de communication

Quand nous communiquons avec autrui nous n'utilisons pas que la parole, tout notre corps s'exprime, avec des gestes, des expressions faciales par exemple. La communication verbale nous permet d'interagir avec autrui via la parole et la communication non verbale va donner du sens à nos paroles en fonction de nos attitudes.

Selon la Haute Autorité de Santé la communication est "un élément clé dans la construction de la relation soignant-soigné".

2-3-2-1 La communication verbale

D'après Albert Mehrabian (psychologue) la communication verbale est minoritaire par rapport à la communication non verbale (1967).

La communication verbale relève de plusieurs composantes : du message, du sens des mots utilisés, de sa complexité, de sa clarté, de sa précision et de sa durée.

On peut également utiliser la communication verbale dans le but de rectifier un message qui a pu être perçu à travers notre communication non verbale.

Il est important de ne pas dissocier ces deux modes de communication car l'un ne va pas sans l'autre si l'on veut que notre message soit transmis le plus fidèlement possible.

2-3-2-2 La communication non verbale

Il existe plusieurs types de communication non verbale, C.Paillard et N. Jeanguiot-Pierre-Poulet en 2015 ont rédigé une liste qui regroupe différents types de communication non verbale que l'on retrouve dans le *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné (2ème édition)*. On y trouve le toucher "pour recevoir et transmettre l'information, le toucher peut-être instrumental (comme donner des soins), thérapeutique (pour aider, guérir) ou affectif (vécu comme un signe de reconnaissance, d'intérêt)", les positions "celles-ci sont variables selon la nature des soins, selon les personnes soignées. L'attitude du soignant influence la qualité de la relation. Par exemple, l'intervenant doit-il être debout ou assis face à un patient couché, assis ?" , le regard "Le premier regard détermine la poursuite des échanges. Sans rester dans l'observation, le regard confirme la marque d'intérêt que l'on accorde à l'autre" , l'écoute et ses silences, qui auront

“une signification, pourvu que l’on ait connaissance de cette signification pour éclairer le dialogue soignant-soigné. Si, par exemple, après l’échange social, le silence s’installe, l’intervenant peut favoriser la poursuite de l’échange en favorisant une reformulation”.

Jean-Claude Abric a défini trois fonctions de la communication non-verbale : une fonction d'information, une fonction d'étalement du langage et une fonction quasi linguistique.

- La fonction d'information sur l'émetteur permet de connaître « l'état émotionnel de l'émetteur mais aussi son attitude par rapport au récepteur et à la situation. ». Le non-verbal permet de donner des informations sur le vécu de la personne mais également de l'image qu'il souhaite faire passer.
- La fonction d'étalement du langage correspond aux gestes, aux mimiques, aux attitudes. Cette fonction a deux rôles fondamentaux. Elle permet de ponctuer, de renforcer et de confirmer les éléments verbaux et permet la transmission de plusieurs informations telle que la direction du regard, par exemple, pour prévenir le récepteur que l'on s'adresse à lui.
- La fonction quasi linguistique correspond aux « comportements non verbaux qui ont une correspondance directe avec le langage parlé. » Par exemple, on peut très bien dire le « non » avec un mouvement de tête de droite à gauche et qui aura la même signification à l'oral. (Psychologie de la communication, théories et méthodes,2016, page 59 à 61)

3 - Dispositif méthodologique de recueil de données

3-1 Méthodologie de l'enquête

3-1-1 Choix de l'outil

Pour poursuivre mon travail de recherche, et afin de pouvoir confronter mes recherches théoriques à la pratique et l'expérience professionnelle, j'ai fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs. Pour cela j'ai construit un guide d'entretien composé de questions ouvertes afin de pouvoir orienter mes entretiens de parcourir l'ensemble des concepts que je souhaitais aborder.

Les deux entretiens que j'ai effectués ont été enregistrés avec l'accord des professionnels interrogés de manière à pouvoir les retranscrire par la suite. J'ai pu faire un entretien en présentiel avec l'un des professionnels, cependant j'ai dû effectuer le second en visioconférence pour des questions de sécurité sanitaire lié à la Covid19.

3-1-2 Choix de la population interrogée

J'ai décidé de réaliser deux entretiens avec des infirmières d'expériences différentes mais qui travaillent toutes les deux dans des services d'admissions. La première infirmière que j'ai interrogée est une professionnelle que j'ai rencontrée lors de mon stage de semestre 5 et qui est diplômée depuis juillet dernier. La seconde infirmière que j'ai rencontrée à 5 ans d'expérience, j'ai eu son contact grâce à l'un de mes formateurs qui était son ancien cadre de santé.

Je trouvais intéressant d'avoir le point de vue d'une jeune professionnelle et celui d'une infirmière avec plus d'expérience pour pouvoir confronter les pratiques selon la différence d'expérience.

4 - Analyse descriptive des entretiens

Pour l'analyse des données j'ai fait le choix de traiter simultanément les propos des deux professionnelles interrogées. Afin de dissocier les propos de chaque professionnelle, les éléments écrits en "bleus" rapportent les propos de la première professionnelle, ceux écrits "noirs" relatent les propos de la seconde professionnelle.

Pour construire cette analyse, je me suis appuyée sur les objectifs que j'avais formulés sur mon guide d'entretien en les modifiant légèrement. Mes objectifs d'analyse étaient les suivants:

- Relater ce qu'évoque les notions de violence et d'agressivité chez les soignants et quelles distinctions ils font entre ces deux notions.
- Exposer le vécu des soignants face aux situations agressives, et quel est l'impact de la posture soignante sur ces situations.
- Comprendre le rôle de la communication et ses bénéfices.
- Identifier la place des émotions du soignant dans la prise en soin des comportements agressifs.

Après avoir commencé mon analyse, je me suis rendue compte que ces objectifs ne me permettaient pas d'inclure certaines notions qui étaient abordées par les professionnelles. J'ai donc fait le choix de me distancier légèrement de ces objectifs pour pouvoir inclure certaines notions.

4-1 Notion de violence et d'agressivité

Quand j'ai commencé à interroger les professionnelles sur la notion de violence, la première idée qui a émergé chez les deux professionnelles est que la violence se rapporte le plus souvent à quelque chose de physique. La première infirmière fait référence à "l'utilisation de la force physique" et la seconde évoque la violence comme "un acte physique sur quelqu'un qui peut donner des séquelles, un traumatisme".

A ceci s'ajoute le fait que la violence "n'est pas forcément contrôlée", mais qu'elle peut cependant être dirigée dans "le but de nuire".

Pour ce qui concerne l'agressivité, celle-ci est caractérisée comme "une réponse à un besoin". Chez les deux professionnelles l'agressivité est perçue comme un moyen d'extérioriser les émotions, pour

le patient cela peut être “une manière de s’exprimer”, “un moyen de défense”, cela peut aussi être une façon “pour se protéger”.

Les infirmières s’accordent à dire qu’il y a plusieurs formes d’agressivité: “ l’auto agressivité, l’hétéro agressivité, l’agressivité verbale, physique”, “agressivité verbale ou physique”.

L’agressivité peut être induite par plusieurs facteurs, une des infirmières indique que “ça peut être amené par pleins de choses, sentiment d’injustice, d’incompréhension, une douleur”.

La distinction entre la notion de violence et d’agressivité existe pour les deux infirmières, cependant elles ne font pas les mêmes distinctions. Pour l’une la distinction se fait dans la considération de l’autre “dans l’agressivité l’autre existe et dans la violence non, l’autre n’est pas considéré”, l’infirmière entend par “l’autre existe” que dans l’agressivité même le patient peut se montrer agressif il va quand même considérer et prendre en compte le fait qu’il a un être humain en face de lui, or dans la violence la personne qui va être la victime ne va pas être considérée car l’acteur de la violence ne percevra que son besoin personnel et n’arrivera à voir rien d’autre autour. Pour l’autre infirmière la différence entre les deux notions repose sur le passage à l’acte “la différence c’est que dans la violence il y a un passage à l’acte, l’agressivité non.” En faisant la distinction de ces notions, une des infirmières dit “je pense plus à verbale” en parlant de l’agressivité, ce qui par conséquent amène le fait que l’agressivité se rapporte au langage et la violence au physique selon elle, alors que l’autre infirmière n’évoque pas ce type de distinction. A travers les propos des deux infirmières, on remarque que la distinction entre ces notions est parfois floue, même pour des professionnelles de soins.

4-2 Gestion de l’agressivité

L’agressivité en psychiatrie “ça fait partie du quotidien, il y a des jours où il ne va pas en avoir et d’autres si”, “c’est arrivé encore avant hier”. A travers ces propos on constate que les situations d’agressivité sont relativement fréquentes en unités de soins psychiatriques.

Malgré la présence régulière de comportements agressifs dans les unités de soins, une des infirmières évoque le fait que le personnel soignant “essaie de faire en sorte que ça arrive le moins possible”.

Le soignant n'est pas toujours la cible de l'agressivité il peut aussi en être le témoin comme l'indique une des infirmières: "j'ai déjà vu ou entendu pas mal de comportements hétéroagressifs depuis que je suis arrivée sur l'hôpital".

Au cours de l'entretien les infirmières rapportent des situations où elles ont été victimes d'agressivité et dans quel contexte cela est arrivé. Pour l'une, le patient était dans l'incompréhension vis à vis d'une décision de l'infirmière et celui-ci a été agressif verbalement, l'infirmière conclut en disant que dans cette situation elle a été victime d'agressivité car le patient la percevait comme "persécutrice". La situation de la deuxième infirmière relate une agression physique: "il a fini par prendre mon deuxième poignet et me serrer très fort les poignets", suite à cette agression l'infirmière évoque un sentiment de "peur" de la part du collègue qui a été le témoin de l'agressivité du patient.

Face à des situations d'agressivité l'organisation au sein des équipes est variable, "on a pas un "protocole" donné". Pour appréhender des comportements hétéroagressifs, les infirmières s'associent sur le fait qu'il faut être plusieurs, "on avertit les collègues aux alentours, on reste pas seul". Dans ce type de situation et dans la gestion de celles-ci "souvent on est deux" même si "généralement la personne qui est face à une situation d'agressivité va être celle qui va gérer". Dans ce type de situation les infirmières ont évoqué des personnes ressources comme "l'interne de garde", "le médecin" ou encore "l'équipe de prévention et d'intervention" qui pouvaient également intervenir dans un second temps dans le cas où l'agressivité du patient n'a pas réussi à être apaisée.

L'impact de la posture infirmière est un élément qui a été abordé par les deux infirmières. L'une reconnaît que cela a un impact tout en disant: "mais j'arriverai pas trop à expliquer pourquoi". La seconde infirmière développe cette notion en illustrant par le fait que "si on va se montrer agressif envers le patient, de suite la tension va monter encore plus et on arrivera jamais à avoir un apaisement". Après un temps de réflexion la première infirmière évoque le ton employé par le soignant face à un patient pour expliquer l'impact de la posture infirmière en donnant un exemple: "Y en a qui vont parler calmement, bas, qui vont avoir une voix toute douce... soit ça peut apaiser le patient, soit ça peut ne pas du tout fonctionner... Et au contraire il y a des soignants qui eux vont plus hausser le ton, donner un cadre, avoir une voix "carré"".

Les attitudes à adopter vont varier d'une situation à l'autre, comme le disent les professionnelles "C'est du cas par cas, parce qu'il faut adapter à chaque fois son comportement, sa réponse", il faut adapter ses attitudes soignantes car "chaque situation est différente". Les infirmières ont évoquées des attitudes différentes, chez l'une la "posture professionnelle" a été évoquée en y incluant la "réponse professionnelle" qui devait s'adapter au contexte et a illustré ces propos par différents

exemples en disant qu'on pouvait faire "ce qu'on appelle "le faux naïf", l'étonné "bah qu'est ce qui se passe ?", faire de l'humour, faire du recadrage parfois ça peut être nécessaire et c'est à nous d'en juger". Pour l'autre infirmière, les attitudes abordées telles que "se mettre à sa hauteur", "essayer de capter son regard" permettent de créer une relation de confiance avec le patient, cela permettant au patient de s'apaiser. Dans le cas où la situation ne s'apaise pas grâce aux différentes attitudes citées précédemment une des infirmières rapporte "je vais parler d'une voix calme pour montrer que oui toi le patient tu es énervé mais moi malgré que tu sois énervé je parle toujours calmement, et je trouve que ça peut permettre de les apaiser en tout cas".

L'expérience professionnelle est un aspect à prendre en compte dans la gestion de l'agressivité. En effet les infirmières relèvent que l'expérience "aide" dans la prise en charge de ces situations. Cette expérience permet de "trouver différentes alternatives pour gérer ces situations", ce qui par conséquent amène les professionnels à développer de "nouvelles connaissances et compétences" en matière de gestion d'agressivité. L'importance des formations sur le thème de l'agressivité est soulignée par l'une des infirmières, même si elle fait remarquer que les professionnels sont "formés à ça au fur à mesure". L'infirmière cite la formation "OMEGA" et la formation "Gestion de l'agressivité et de la violence" qui lui ont été dispensées par son établissement dans le but de permettre aux agents de mieux appréhender les situations d'agressivité.

En termes de prise en soin de l'agressivité, une des infirmières amène une notion supplémentaire que je n'avais pas traitée dans mon cadre théorique. Cette notion est celle de la sécurité. L'infirmière trouvait important d'aborder cette notion car pour elle "c'est la clé" d'une prise en charge de situation d'agressivité puisqu' "à partir du moment où nous on est pas en sécurité en tant que professionnel, on intervient pas physiquement". La notion de sécurité doit toujours entrer en ligne de compte lorsqu'on intervient auprès d'un patient agressif, il est important de se demander "est-ce que je suis en sécurité ? Est-ce que les autres patients sont en sécurité?". Il faut prendre en considération sa propre sécurité mais aussi celles des patients qui sont autour.

4-3 La communication dans la prise en soin de l'agressivité

La notion de communication a été abordée par les deux infirmières au cours de chaque entretien. Elles ont toutes les deux souligné l'importance de celle-ci pendant ce type de prise en soin et qu'il

était important de l'adapter à chaque patient. Elles distinguent deux types de communication: la communication verbale et la communication non verbale.

En ce qui concerne la communication non verbale, elle représente "une majeure partie de la communication" pour l'une et pour l'autre elle représente "80% du travail". La communication non verbale fait passer des émotions par les gestes ou les expressions du visage par exemple, pour autant il est important pour l'une des infirmières de "rester à distance, mais en ne faisant pas des gestes qui repoussent, sinon l'autre va aussi se sentir agressé". La situation sanitaire est évoquée en faisant référence au port du masque qui "n'aide pas du tout, parce qu'on a une partie de notre visage qui est cachée" ce qui ne permet pas de percevoir les expressions faciales du soignant et cela fait donc un réel "barrage" dans la communication non verbale.

La communication verbale doit être adaptée. On peut utiliser la "reformulation" pour essayer de mieux comprendre le patient. Il est important de laisser le temps nécessaire au patient pour qu'il puisse s'exprimer, il faut donc "prendre un temps pour discuter" avec lui. Face à un patient présentant un comportement hétéroagressif, on cherche l'apaisement de la situation il est donc nécessaire d'utiliser "un ton bienveillant, calme, si on s'énerve ça va pas marcher". L'infirmière la plus expérimentée précise qu'il est préférable de ne pas employer le "je" quand on s'adresse à un patient agressif, et qu'il faut éviter autant que possible de "s'impliquer sinon on devient la cible de l'agressivité".

Pour les deux infirmières les émotions que le soignant ressent peuvent impacter la communication de celui-ci pendant la prise en soin d'un patient agressif. Elles évoquent différentes émotions telles que la "colère", la "peur", qui peuvent "impacter notre façon d'agir" ou qui peuvent altérer "réponse professionnelle" car le soignant peut "se retrouver sidéré, et ne rien pouvoir faire" vis-à-vis du comportement agressif du patient. Les professionnels doivent donc "trouver une juste distance" pour que les émotions qu'ils ressentent ne les parasitent pas et pour que leurs émotions ne les "empêchent pas de travailler correctement".

La connaissance des patients est importante car les professionnels connaissent leurs manières de communiquer, savent repérer les comportements évocateurs de tension par exemple, or "quand on connaît pas la personne on va peut être pas repérer le petit signe physique qui faisait qu'il y allait avoir un clash". Connaître le patient permet aussi de savoir quelle technique de communication utiliser avec lui car avec certain patient "il faudra plus utiliser la communication non verbale que verbale ou inversement", cela permet aux soignants d'utiliser le type de communication auquel le patient est le plus réceptif, car "si on utilise pas la bonne méthode ça peut faire monter le patient, ne pas du tout l'aider, l'angoisser".

4-4 La place des émotions soignantes face à l'agressivité

Pour certaines prises en soins, les infirmières reconnaissent qu'il y a un certain impact émotionnel a posteriori. L'infirmière diplômée de juillet dernier admet que les premières prises en soins de patient présentant des comportements agressifs "c'est impressionnant". La seconde infirmière rapporte qu'il y a des situations qui l'"ont mise à mal", d'autant plus quand "quand c'est une agression physique dirigée contre la personne, quand c'est des menaces ciblées contre soi". Elle rationalise ses propos en disant que "c'est pas nous qui sommes attaqués en tant qu'humain, c'est la blouse blanche qui peut être attaquée", elle ajoute que "c'est important de se le dire, on vit mieux les choses".

Les émotions soignantes doivent être exprimées et entendues. Pour les deux infirmières il est important qu'après une situation d'agressivité, un temps d'équipe soit pris, "avec soit la cadre, soit les collègues", pour que "chaque soignant puisse verbaliser, exprimer ses émotions, ses ressentis". Ce temps de discussion ou les soignants laissent exprimer leurs émotions permet par la suite de se "détacher de la situation pour pas qu'elle nous suive dans notre vie personnelle".

En mettant une distance professionnelle "on se détache un peu plus" des situations que l'on peut vivre en tant que soignant et cela permet que les émotions que l'on ressent ne soient pas envahissantes. Le ressenti face à l'agressivité est différent en fonction des soignants. En effet l'infirmière travaillant sur le pool remarque que les soignants qui exercent sur des unités fixes peuvent être rapidement "mis à bout" par les comportements agressifs répétitifs et par conséquent être plus affectés par les situations d'agressivité, ce qui peut également modifier la distance professionnelle qui était instaurée initialement. Le fait d'être "extérieur" au service permet d'avoir une distance professionnelle qui peut selon elle être "bénéfique" puisqu'elle n'est pas " tous les jours face à ces comportements hétéroagressifs des mêmes patients, et du coup j'ai peut être plus de patience".

5 - Discussion

La majorité des notions et concepts que j'ai abordés au cours de mes recherches ont été illustrés par les propos des infirmières lors des entretiens comme par exemple les attitudes soignantes à adopter pour la prise en soin d'un patient hétéroagressif. Cependant certains autres concepts ont été abordés par les professionnelles sans que j'y fasse référence dans mes recherches précédentes, c'est le cas notamment pour les émotions soignantes.

5-1 L'agressivité en psychiatrie: caractéristiques et manifestations

Comme nous avons pu le voir dans le cadre théorique, les notions d'agressivité et de violence sont souvent confondues. En discutant avec des proches de mon sujet de recherche je me suis rendue compte qu'effectivement les termes d'agressivité et de violence étaient connus mais que les différences n'étaient pas clairement établies dans leurs esprits. En faisant mes recherches sur ces deux notions je me suis trouvée face à des définitions qui abordent une approche psychanalytique voir philosophique avec les définitions données par J. Bergeret qui dit que la violence est "une pulsion primaire purement défensive" ou bien par L. Morasz avec sa définition de l'agressivité qui dit que c'est une "combinaison secondaire entre dynamismes violents normaux et dynamisme érotiques". Certaines définitions incluent les deux concepts dans une même définition, en y faisant partiellement référence pour certaines. C'est le cas lorsque L. Morasz dit qu'il "est important de distinguer chez nos patients deux mouvements pulsionnels différents : la violence fondamentale et l'agressivité", ou bien lorsqu'il parle de "dynamismes violents normaux" dans sa définition de l'agressivité. Les différentes lectures que j'ai effectuées m'ont aidée à percevoir les nuances qui sont parfois subtiles entre ces deux concepts, notamment l'article de S. Tisseron dans la Revue Santé Mentale qui m'a permis de distinguer que la violence était plutôt une réponse à un sentiment de danger et que l'autre n'y avait pas de place, alors que l'agressivité elle pour exister et avoir lieu a besoin que l'auteur de l'agressivité reconnaisse l'autre dans son ensemble. Au cours des entretiens que j'ai pu réaliser, les infirmières ont fait ressortir les différentes orientations de l'agressivité tels que l'autoagressivité, l'hétéroagressivité ou encore l'agressivité verbale ou physique, auxquelles j'avais également fait référence dans mon cadre théorique et auxquelles j'avais pu être confrontée en stage, ce qui avait amené mes situations d'appels qui traitaient pour l'une d'une agression verbale d'un patient qui s'était par lui suite détérioré et qui avait conduit à un tentative d'agression physique sur le soignant et moi-même, et pour l'autre d'une menace d'agression physique avec un couteau par un patient. Pour les infirmières

interrogées, l'agressivité s'apparente à un moyen d'expression pour extérioriser ses émotions car c'est le seul moyen que le patient trouve pour le faire, ou bien un moyen de défense de la part de l'individu pour échapper un sentiment d'insécurité par exemple. A contrario au cours de mes lectures l'agressivité était selon S. Tisseron l'accomplissement d'un "désir" de la part de l'individu, ce qui fait divergence avec les propos des infirmières qui à mon sens n'aborde pas ce concept désir. Pour ma part je rejoins le point de vue des infirmières interrogées sur le fait que l'agressivité peut être un moyen d'expression pour le patient, pour autant je pense que l'agressivité peut également être le reflet d'une pulsion assouvie ou non par le patient.

Les infirmières soulignent toutes les deux qu'il existe cependant une différence entre violence et agressivité. S.Tisseron (psychiatre) évoque le fait que dans l'agressivité la victime existe et est considérée en disant que dans l'agressivité "le lien avec l'autre est indispensable", alors que dans la violence l'autre (la victime) n'existe pas, ce qui illustré par ces propos qui disent que "dans la violence le sujet ignore l'autre". Une des infirmières interrogées fait également le constat que "dans l'agressivité l'autre existe et dans la violence non, l'autre n'est pas considéré", ce qui rejoint la différence que S. Tisseron faisait lui aussi. Ces différents propos qui relèvent des faits similaires permettent de marquer une différence notable entre violence et agressivité. La seconde infirmière ne marque pas la différence entre violence et agressivité dans la considération de l'autre ou non mais plutôt dans le fait que pour la violence il y a un passage à l'acte sur l'autre et dans l'agressivité non, elle dit que "la différence c'est que la violence il y a un passage à l'acte, l'agressivité non", ce qui rejoint la définition que l'HAS donnait de l'agressivité qui était une « intention agressive sans acte agressif ». Je suis en accord avec les différences évoquées entre ces deux notions sur le fait que dans l'agressivité l'autre existe et dans la violence non, cependant je nuancerai en disant que pour ma part il réside une part d'agressivité dans la violence et inversement car pour illustrer, quand agression il y a on ne peut pas nier à mon sens qu'il y a une manifestation de la violence plus ou moins intense et que l'individu victime de l'agressivité n'est pas toujours pris en considération, je peux illustrer cela avec ma deuxième situations d'appel quand le patient est entré dans l'office avec un couteau en nous menaçant, le patient avait une intention de faire mal ce qui s'apparente à de la violence même s'il nous prenait quand même en considération et écoutait nos sollicitations. Je peux alors reprendre cette partie de mon cadre théorique: "c'est plutôt les orientations qu'elles [l'agressivité et la violence] vont prendre qui les différencient et non leurs manifestations", ce qui je trouve explique parfaitement la différence entre ces deux notions.

L'agressivité peut selon les auteurs être induite par plusieurs facteurs, qui peuvent être indépendants de l'individu lui-même. L'étude d'Amelie Perron, Jean Daniel Jacob et Louise Beauvais avait mis en

lumière différents facteurs pouvant expliquer la survenue de l'agressivité chez le patient comme un environnement bruyant, des règles trop strictes à respecter pour le patient mais aussi la présence de stimuli, qu'ils soient visuels ou auditifs, en trop grand nombre. Cette étude avait également mis en avant que le positionnement soignant pouvait conduire les patients à être agressifs si les soignants eux-mêmes se montraient agressifs vis-à-vis des patients. Une des infirmières interrogées rejoint les propos des auteurs en admettant que l'agressivité pouvait se manifester suite à différents événements ou ressentis du patient comme par exemple un sentiment d'injustice ou d'incompréhension de la part du patient, ou encore même une douleur que le patient n'arrive pas à soulager. Je pense qu'en effet l'agressivité peut être induite par des facteurs autres que l'individu lui-même car en faisant référence à ma deuxième situation d'appel, celle où le patient est venu nous menacer avec un couteau dans l'office, je peux identifier que cette situation l'agressivité qui est survenue est en lien avec des stimuli auditifs que le patient percevait et qu'il n'arrivait pas à extérioriser ce qu'il ressentait autrement que par l'agressivité.

Au début de ma réflexion, lors de la rédaction de mes situations d'appels je ne mesurai pas toutes les subtilités de l'agressivité et j'avais moi-même du mal à dissocier violence et agressivité. En effet je me suis rendue compte que l'agressivité pouvait se manifester de différentes manières (agressivité verbale, physique...), qu'elle pouvait être le reflet des émotions du patient, ce à quoi je n'avais pas réellement pensé avant de travailler sur ce thème. A travers les différentes lectures et les rencontres avec les professionnels, j'ai pu faire des liens et prendre du recul sur les situations d'agressivité que j'avais pu vivre lors de mes différents stages, ce qui m'a permis d'identifier certains facteurs qui avait pu influencer la survenue de ces situations d'agressivité que je n'avais pas identifiés sur le moment. J'ai pris conscience que l'agressivité n'avait pas seulement pour vocation de faire du mal, mais qu'on pouvait y déceler bien des choses derrière quand on prend le temps de comprendre pourquoi ce type de comportement se produit.

5-2 La prise en soin d'un patient hétéroagressif

Lors des deux entretiens que j'ai pu effectuer, je demandais aux infirmières quels outils et mécanismes elles utilisaient pour apaiser les situations d'agressivité auxquelles elles étaient régulièrement confrontées. Elles m'ont alors fait part de l'importance d'une communication adaptée. J'avais pu auparavant développer cette notion dans mon cadre conceptuel car de part mes expériences de stages je savais initialement qu'elle jouait un rôle majeur dans tout type de prise en soins.

Les infirmières ont également relevé l'importance de l'expérience professionnelle dans ce type de prise en soin car au fur et à mesure du temps on développe différentes compétences et connaissances ce type de situations, même si chaque situation reste unique. Une des infirmières interrogées a pu souligner que les formations "OMEGA" et "Gestion de l'agressivité et de la violence" permettaient aux soignants de développer encore plus de compétences et de techniques de prise en soins pour gérer les situations agressives. Dans mon cadre conceptuel j'ai abordé la formation OMEGA qui est dispensé dans les hôpitaux psychiatriques notamment, et en discutant avec les professionnels de terrain durant les stages que j'ai pu réaliser en psychiatrie, tous sont d'accord pour dire que ce type de formation est un plus et permet vraiment de mieux appréhender les situations d'agressivité.

Pendant que j'effectuais mes recherches théoriques, l'importance de la posture infirmière et les attitudes soignantes qui en découlent ont été explicitement évoquées par différents auteurs. Dans l'étude d'Amelie Perron, Jean Daniel Jacob, Louise Beauvais il était dit que le soignant devait parler avec un ton neutre et qu'il devait également adopter une posture calme pour permettre d'entamer un dialogue avec le patient. Gisèle Ambrosini et Véronique Noël, les deux cadres de santé qui ont travaillé sur l'élaboration du "guide d'attitudes soignantes" ont également mentionner le fait qu'il fallait parler calmement, laisser la possibilité au patient de s'exprimer en respectant les silences, mais aussi en reformulant les propos des patients notamment. Durant les entretiens avec les infirmières, elles ont aussi relevé des attitudes similaires à celles que j'avais évoquées dans le cadre conceptuel, comme la reformulation ou encore l'utilisation d'un ton calme et la mise à hauteur avec le patient pour éviter le rapport de force. Une des infirmières ajoute cependant l'importance de ne pas utiliser le "je" car cela nous implique personnellement en tant que soignant et cela peut amener le patient à se montrer plus agressif puisqu'il se sentira moins écouté du fait de l'utilisation du "je".

La posture du soignant joue un rôle dans l'apaisement des situations, car comme évoqué dans le cadre conceptuel mais aussi par les infirmières si le soignant se montre lui aussi agressif ou autoritaire vis-à-vis du patient l'agressivité et la tension ne fera que monter, or si le professionnel se montre calme et à l'écoute le patient sera plus enclin à s'apaiser. Avec cette notion de posture professionnelle je peux faire le parallèle avec mes situations d'appels où dans l'une la situation n'a pas pu s'apaiser car il y avait un rapport de force entre le patient et l'infirmier alors que dans l'autre les professionnels sont restés calmes et à l'écoute du patient ce qui à permis à la situation de ce désamorcer rapidement.

La connaissance du patient est aussi un élément qui permet de prendre plus facilement en soin ce type de comportement, car avant même que l'agressivité n'apparaisse les soignants pourront remarquer les éléments potentiellement déclencheur d'un comportement agressif et ainsi faire en sorte de les éviter.

Les infirmières ont également insisté sur l'importance de l'équipe dans la prise en soin des comportements hétéroagressifs et qu'il ne fallait surtout pas hésiter à demander de l'aide ou à passer le relais si l'on se sent en insécurité ou démuni, auprès des collègues mais aussi des médecins ou alors de l'équipe de prévention et d'intervention qui peuvent être des personnes ressources.

Au début de mon cadre conceptuel, dans la partie sur la psychiatrie, j'avais pu ainsi dire que cette spécialité de la médecine n'était pas une science exacte, et que l'être humain était un être avec des dimensions "bio-psycho-social", ce qui par conséquent veut dire que chaque individu est singulier et qu'il ne faut pas faire abstraction de ses caractéristiques personnelles ainsi qu'à l'environnement dans lequel il évolue. C'est pourquoi comme le disent les infirmières, chaque prise en soin est différente et individualisée en fonction du patient. On ne peut donc pas généraliser la prise en soin de l'agressivité, on peut certes développer des stratégies ou des techniques de prise en soin en fonction de tel type de situation ou tel type profil pathologique, mais il faudra adapter sa posture et ses attitudes en fonction de chaque individu car l'agressivité du patient et ses manifestations vont être singulières comme chaque individu l'est lui-même.

5-3 Le ressenti soignant face à l'agressivité

Lors de la rédaction de mon cadre conceptuel je ne me suis pas réellement penchée sur les émotions que l'agressivité pouvaient provoquer chez les soignants, pourtant je me suis rendue compte lors de mes entretiens avec les infirmières que les émotions soignantes occupaient une place importante dans le vécu de l'agressivité pour les soignants.

En effet, comme les infirmières ont pu le faire remarquer au cours des entretiens, les émotions du soignant peuvent impacter la communication, altérer la réponse professionnelle que l'on va apporter lors de la gestion de la situation d'agressivité, mais aussi avoir un impact après que la situation se soit déroulée. Toutes deux ont évoqué des situations qui les avaient touchées personnellement et y rattachent un impact émotionnel important, notamment quand l'agression est dirigée directement contre le soignant. L'expérience professionnelle aide à mieux gérer ces émotions conviennent les

soignantes car comme le dit l'une des infirmières les premières prise en soin de patient agressif cela peut être "impressionnant".

La notion de rationalisation émerge. Un temps d'analyse de la situation est nécessaire à distance puisque cela permet aux soignants présents lors de la situation d'analyser a posteriori leur pratique professionnelle et les émotions qui en découlent également. Comme le disait Gisèle Ambrosini et Véronique Noël dans leur "guide d'attitudes soignantes" il ne faut pas que le soignant prennent pour lui tous les propos d'un patient agressif, Michel Plante rejoint également ces propos dans son travail sur la pacification des états de crise en disant qu'il faut "Garder ses distances par rapport au contenu du discours du patient". L'une des infirmières poursuit dans ce sens en rationalisant les comportements agressifs et en disant que très souvent ce n'est pas le soignant en temps qu'être humain qui est visé directement par l'agressivité mais plutôt ce qu'il représente et en l'occurrence la blouse blanche principalement. Le fait de pouvoir prendre du recul sur la situation permet d'identifier ou du moins essayer d'identifier les facteurs qui peuvent être à l'origine du comportement hétéroagressif et amène aussi le soignant à se questionner sur la qualité de sa prise en soin, à éclaircir certains aspects que nous n'avions pas vu sur le moment et ainsi recentrer concrètement les faits. Cela fait écho à ma première situation d'appel dans laquelle le patient s'est montré agressif verbalement envers moi, cependant ce n'est qu'après avoir pris du recul sur la situation que j'ai identifié pourquoi le patient s'était montré agressif, je pense donc que prendre du recul sur la situation est important et permet par la suite d'améliorer les prises en soins des patients.

L'équipe soignante joue également un rôle majeur dans l'expression des émotions pour les soignants. Lors des entretiens les deux infirmières évoquent l'importance d'un temps d'équipe une fois la prise en soin passée pour que chaque soignant ayant vécu la situation puisse mettre des mots sur ce qu'il a ressenti pendant mais aussi après la situation. Ce temps peut être pris avec la cadre de santé ou bien avec la totalité de l'équipe soignante. Exprimer les émotions que l'on a pu ressentir lors de la prise en soin d'un patient agressif permet aux soignants d'extérioriser ce qu'il ressent et donc de "se libérer" avant de rentrer chez soi pour que cela n'empiète pas sur la vie personnelle. D'après les soignants il est important qu'une fois la journée de travail finie, on ne soit pas envahit par des pensées ou des émotions qui impactent notre vie personnelle en lien avec les prises en soins vécues au travail. Une des infirmières a évoqué que dans certaines unités où les comportements agressifs sont très récurrents, les soignants vivent moins bien les prises en soins, car une forme de lassitude est apparue et les soignants sont moins enclins à prendre en soins ces comportements du fait de la récurrence de ces situations, et les prises en soins sont donc plus pesantes pour les soignantes. Il est donc d'autant plus important pour ces soignants de pouvoir exprimer ce qu'ils ressentent à la suite de ces situations car cela peut-être encore plus pesant pour eux. Pour certains soignants le fait de ne pas réussir à

exprimer ses émotions peut altérer la distance professionnelle que le soignant peut mettre dans sa prise en soins. Cette distance professionnelle est importante à avoir car une des infirmières évoque le fait que cela permet de se détacher un peu plus des situations et cela nous impacte moins dans notre vie personnelle. J'ai pu remarquer lors de mes stages peu importe le service de soins, que les professionnels portent une attention particulière aux émotions que l'on ressent en tant qu'étudiant, et ils nous incitent vivement à mettre des mots sur ce que l'on a pu ressentir lors de prise en soins parfois complexes. Je pense qu'effectivement c'est important de pouvoir mettre des mots sur les émotions que l'on a pu ressentir car cela est libérateur et cela permet de pouvoir passer à autre chose. Lors de ma première situation d'appel, c'était la première fois où j'étais réellement confrontée à un patient qui se montrait agressif envers moi, et j'ai senti le besoin d'en parler avec l'infirmier qui est intervenu avec moi dans la situation, j'ai pu mettre des mots sur ce que je ressentais et pourquoi je ressentais cela, l'infirmier a su être à l'écoute et m'a également expliqué que c'était normal de ressentir des émotions lors de ce type de prise en soin. Je pense que si je n'avais pas exprimé mes ressentis j'aurais eu une certaine appréhension à l'idée d'être de nouveau confronté à l'agressivité d'un patient, or cela n'a pas été le cas car j'ai pu échanger librement sur mes ressentis et exprimer mes émotions et par la même occasion porter un oeil critique sur l'ensemble de la situation.

Conclusion

Au début de ma formation j'avais une représentation du secteur de soin psychiatrique où la violence et l'agressivité étaient omniprésentes. Lors de mon premier stage en psychiatrie je me suis vite rendue compte que certes il y avait parfois de la violence et de l'agressivité mais que la prise en soin des patients n'était pas centrée uniquement sur cela. Au fil des stages que j'ai eu l'opportunité et je dirais même la chance d'effectuer des stages dans différents services de soins psychiatriques, je me suis rendue compte que c'était vers cette branche de la médecine que je souhaitais m'orienter après le diplôme.

Je peux aujourd'hui affirmer que mes représentations sur la psychiatrie ont réellement changées, grâce à mes stages mais aussi grâce à ce travail de recherche. En décidant d'aborder la notion d'agressivité dans mon travail de recherche, j'ai pu découvrir la différence qu'il existait entre violence et agressivité. Je sais aujourd'hui qu'il est important d'utiliser le bon terme pour désigner un comportement, car il va déterminer l'information que l'on va transmettre mais aussi la représentation que notre interlocuteur va en avoir.

A travers ce travail j'ai pu répondre à mes questionnements, mais également en faire émerger de nouveaux qui sont notamment apparus à la suite des entretiens que j'ai pu effectuer avec les deux infirmières que j'ai eu l'opportunité de rencontrer. L'émergence de ces nouveaux questionnements m'ont permis d'approfondir mon champ de compétences et de me questionner sur ma pratique soignante de demain.

J'ai trouvé ce travail de recherche très enrichissant car il nous permet de nous questionner sur une thématique que nous n'avions pour mon cas jamais abordée dans les cours théoriques. Même si ce travail a été riche d'enseignements, j'ai tout de même rencontré des difficultés à certains moments, notamment quand il a fallu faire la distinction entre la violence et l'agressivité. Je me suis également rendue compte que j'aurais pu approfondir encore plus certaines parties comme celle de la communication verbale. En analysant mes entretiens et en construisant ma discussion je pense avoir abordé un champs assez large de notions même si certaines mériteraient d'être traitée encore plus, comme c'est le cas pour les émotions soignantes.

Au terme de ce travail et émanant des mes réflexions je proposerai la question de recherche suivante: En quoi, la prise en compte des émotions soignantes peut-elle permettre une meilleure prise en soins lors de situations d'agressivité?

Bibliographie

Ouvrages:

- Abric Jean-Claude. (2016). *Psychologie de la communication, théories et méthodes*. Edition Cursus.
- Bergeret, J. (1984). *La Violence fondamentale*. Paris, France. Edition Dunod.
- Morasz, L., Perrin-niquet, A., Vérot, J.-P., & Barbot, C. (2004). *L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie*. Issy-Les-Moulineaux, France. Edition Masson.
- Paillard, C., & Jeanguiot-Pierre-Poulet, N. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : Vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné* (2ème édition). France. Edition Setes.

Articles:

- Ambrosini Gisèle, Noël Véronique. Décembre 2007. Repères pour prévenir la violence. *Santé mentale*, n° 123, pages 12 à 14.
- Barthélémy Sophie. Mai 2013. Entre violence et agressivité: quelle place pour l'autre ? *Santé mentale*, n°178, page 10.
- 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.
- Leyreloup Anne-Marie. Janvier 2010. Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie. *Sud/Nord*, n° 25, pages 121 à 128. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-sud-nord-2010-1-page-121.htm>
- Perron Amelie, Jacob Jean Daniel, Beauvais Louise. Mars 2015. Identification et gestion de la violence en psychiatrie: perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et de dangerosité. *Recherche en soins infirmiers*, n°120, pages 47 à 60.
- Tisseron Serge. Février 2012. Violence et agressivité, une distinction essentielle. *Santé mentale*, n°165, pages 6 à 7.

Textes législatifs:

- Code de la santé publique - Article R4311-5 | Legifrance. (2004, juillet 29). Repéré sur le site Legifrance section Partie réglementaire – Quatrième partie : Professions de santé – Livre III – Titre I^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière – Chapitre I^{er} – Section 1 : Actes professionnels:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190610?init=true&page=1&query=Article+R4311-5&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000006913888#LEGIARTI000006913888

- Code de la santé publique - Article R4311-6 | Legifrance. (2004, juillet 29). Repéré sur le site Legifrance section Partie réglementaire – Quatrième partie : Professions de santé – Livre III – Titre I^{er} : Profession d’infirmier ou d’infirmière – Chapitre I^{er} – Section 1 : Actes professionnels:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190610?init=true&page=1&query=Article+R4311-5&searchField=ALL&tab_selection=all&anchor=LEGIARTI000006913888#LEGIARTI000006913888

Pages Web:

- Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Décembre 2020. *Santé mentale et psychiatrie*. Repéré à <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sante-mentale-et-psychiatrie-3>
- Agressivité (2021). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales en ligne*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/agressivite%C3%A9>
- Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales. *Oméga de base*. Repéré à <http://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>
- Aymara formations. *Oméga: gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité*. Repéré à <http://aymara-formations.fr/catalogue-presentiel/psychiatrie/formation-omega-gestion-et-prevention-des-situations-de-violence-et-dagressivite/>
- Communication (2021). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales en ligne*. Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/communication>
- Communication (2021). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Repéré à <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>
- CPH (Confédération des Praticiens des Hôpitaux). 2013. *La spécificité de la psychiatrie publique : Pour une politique de santé mentale humaniste et démocratique*. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_cph_-_specificite_psychiatrie_publique.pdf
- Espace soignant. Août 2019. *La communication verbale*. Repéré à <https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/communication-verbale#:~:text=7%20%25%20de%20la%20communication%20est,visage%20et%20du%20langage%20corporel>
- Haute Autorité de Santé. Novembre 2017. *Communiquer - Impliquer le patient*. Repéré à https://www.has-sante.fr/jcms/c_1660975/fr/communiquer-impliquer-le-patient
- Haute Autorité de Santé. Mars 2011. *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles*

schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Repéré à [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation de la dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf)

- Méthode conçue par Michel Plante. Coll. 1999. *Pacification des états de crise aiguë.* Repéré à www.asstsas.qc.ca/publications/formation/cahiers-du-participant/pacification-des-etats-de-crise-aigue.html
- Organisation Mondiale de la Santé. Mars 2018. *La santé mentale: renforcer notre action.* Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Psychiatrie. 2021. Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales en ligne.* Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/Psychiatrie>
- Violence. 2021. Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales en ligne.* Repéré à <https://www.cnrtl.fr/definition/violence#:~:text=a>

Cour magistral:

- Françoise Esnault. 5 mars 2019. *Relation soignant-soigné : Les différents types de relations.* [https://concours-ecoles.chu-rennes.fr/MyKomunote/php/_DOCS/SEQUENCES/MH03306012/lestypesderelations\[Modedecompatibilite\].pdf](https://concours-ecoles.chu-rennes.fr/MyKomunote/php/_DOCS/SEQUENCES/MH03306012/lestypesderelations[Modedecompatibilite].pdf)

Sommaire des annexes

Annexe I : Situation d'appel n°1 et questionnements	<i>2 Pages</i>
Annexe II : Situation d'appel n°2 et questionnements	<i>2 Pages</i>
Annexe III : Guide d'entretien	<i>2 Pages</i>
Annexe IV : Retranscription entretien n°1	<i>5 Pages</i>
Annexe V : Retranscription entretien n°2	<i>7 Pages</i>
Annexe VI : Tableaux d'analyse des entretiens	<i>8 Pages</i>

Annexe I: Situation d'appel n°1:

La situation que je vais décrire s'est déroulée lors de mon stage de semestre 3. J'effectuais mon stage dans une unité de réhabilitation en psychiatrie. J'étais de matin le jour où cette situation s'est passée. Dans cette unité, il y avait tous les matins vers 9 heures une petite réunion avec les patients et un soignant pour indiquer à chaque patient quelles activités il avait dans la journée. L'aide-soignant qui animait la réunion ce jour-là indique à Mr P qu'il doit se rendre chez le dentiste à 9H45. L'aide-soignant indique ensuite aux autres patients les activités du jour.

Il faut savoir que Mr P est sujet à des troubles du comportement assez importants, avec des comportements hétéroagressif pouvant se majorer quand le patient est frustré, impatient ou anxieux.

Je voyais 9h45 arriver et Mr P n'était toujours pas parti pour son rendez-vous, je vais donc le voir et lui rappelle qu'il est l'heure de partir pour son rendez-vous. Le patient me dit qu'il n'a pas vu l'heure car sa montre est dérégulée et n'affiche plus la bonne heure. Je décide de prendre un instant pour régler sa montre, je lui propose de venir avec moi et de s'installer sur un fauteuil du hall de l'unité en attendant que je règle sa montre. Le patient accepte. Je pars alors dans le bureau pour voir l'heure exacte pour pouvoir régler la montre du patient. Je rejoins le patient dans le hall tout en essayant de régler sa montre. Le patient n'avait pas une montre avec des aiguilles mais une montre digitale et je ne comprenais pas comment faire pour régler l'heure. Je dis alors au patient que je verrai ça à son retour. Le patient commence à hausser le ton et à s'agiter car il veut que sa montre soit réglée maintenant. Je lui explique que je n'y arrive pas et qu'il est temps de partir pour son rendez-vous dentaire car sinon il va être en retard. Le patient me répond "j'en ai rien à foutre de ton rendez-vous tu règles ma montre petite conne". J'ai été assez surprise de la réaction de monsieur P car je ne m'attendais pas à ce qu'il réagisse de cette manière et qu'il tienne des propos virulent pour une montre qui n'était pas réglée. J'ai trouvé cela disproportionné et je pense ne pas avoir mérité de me faire insulter car j'ai essayé de régler le problème mais je n'ai pas été en capacité de régler sa montre dans un laps de temps si court. Un infirmier passait dans le couloir à ce moment-là et vient me voir et me demande si ça va. Je lui explique la situation et le patient commence à s'énerver de plus en plus. L'infirmier lui rappelle l'importance de ce rendez-vous dentaire et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une montre dans l'instant T et qu'on pourra régler le problème à son retour. Il lui demande aussi de s'excuser des propos qu'il a tenu à mon égard. Le patient refuse et commence à retirer ses chaussures. L'infirmier me dit de me mettre en retrait car la situation commençait à devenir de plus en plus tendue. Le patient avait des propos menaçant, envers moi mais aussi envers l'infirmier qui était maintenant présent. L'infirmier a tenté une nouvelle fois d'expliquer au patient la situation et que la montre n'était pas la priorité du moment, mais le patient ne l'entendait pas de cette manière là. Il a saisi sa chaussure et l'a lancé dans notre direction. Elle a atterri dans le mur qui était derrière nous. J'étais assez choquée car je ne m'attendais pas à ce que le patient balance un objet dans notre direction pour montrer son mécontentement.

L'infirmier a commencé lui aussi à hausser le ton car il n'acceptait pas la violence du geste qui venait d'avoir lieu. Il a dit au patient que la violence verbale était une chose mais que la violence physique en était une autre. Le patient à nier en bloc le fait qu'il ait eu des propos et un comportement violent envers nous. La tension est montée encore d'un cran. Il a essayé de lancer sa deuxième chaussure mais l'infirmier s'en ai saisi avant que le patient n'ait le temps de la lancer.

Au début de la situation j'ai perçu les comportements et les propos du patient comme de l'agressivité mais le fait qu'il veuille s'attaquer physiquement à nous j'ai ressenti cela comme de la violence. J'ai eu le sentiment que son agressivité s'est transformée au fil du temps en violence.

Le cadre du service est arrivé et a dit que ce n'était pas un comportement acceptable et que par conséquent il devait aller dans sa chambre réfléchir à ses actes. Le patient a dit que c'était notre faute s'il avait agit ainsi et qu'il devait aller à son rendez-vous. Le cadre lui a dit qu'au vu de la tension général qu'il n'irait pas à son rendez-vous dans cet état d'énerverment là. Le patient a été accompagné jusqu'à dans sa chambre par le cadre et l'infirmier. J'ai appelé le dentiste pour informer que le patient ne viendrait pas au rendez-vous.

J'avais déjà été témoin de violence verbale de la part de patients envers des infirmiers au cours des mes stages précédents, cependant je n'avais jamais été au cœur d'une situation de violence. Je me suis demandée si mon comportement et mon discours avaient pu amener cette violence de la part du patient. Je me suis également demandée si avec l'infirmier nous avions adopté une autre posture, l'impact sur la relation soignant-soigné aurait-elle été différent ? Le patient a-t-il perçu l'arrivée et l'intervention de l'infirmier comme un rapport de force? Cela aurait-il eu pour conséquence de majorer son agressivité et sa violence ?

D'autres questions et remarques ont émanés de cette situations :

- Pourquoi le patient s'est-il montré agressif et violent ?
- Quels sont les facteurs et les causes potentiels de violence ?
- Comment maintenir une relation soignant-soigné de qualité face à un patient violent ?
- Est-ce que la posture de l'infirmier peut jouer un rôle dans l'exacerbation de la violence ?
- Est ce que le fait que la situation se passe dans le hall à la vue de tout autre patient a eu un impact sur le déroulé de la situation ? Si cela s'était déroulé dans la chambre du patient par exemple, son comportement aurait-il été différent ?
- J'ai trouvé le ton employé ne permettait pas un dialogue, je l'ai trouvé dur et fermé
- Dans cette situation j'étais assez stressé, j'avais l'appréhension que cela dégénère. Si ça avait été moi j'aurais essayé d'utiliser un vocabulaire plus simple, un ton plus calme pour essayer d'ouvrir le dialogue
- Pourquoi je ne me suis pas senti rassuré après l'intervention de l'ide?
- Je me suis demandé si l'intervention de l'ide n'avait pas envenimé la situation ? et je me suis demandé qu'est ce j'aurais pu faire pour gérer cette situation seule ?

Annexe II: Situation d'appel n°2:

La deuxième situation que je vais exposer se déroule dans une unité d'admission en psychiatrie. La situation se passe pendant le repas du midi.

L'ensemble des patients mangent dans la salle à manger commune, ils sont 3 patients par table. Le déjeuner est servi à partir de 12H. Ce midi là, je servais le repas avec un infirmier et une étudiante aide-soignante qui était en stage sur les mêmes créneaux que moi. Au moment de servir les patients installés à la table la plus au fond de la salle, nous remarquons que Monsieur L a le visage fermé, qu'il fuit notre regard alors que dans la matinée il était plutôt souriant. Nous lui servons son repas, il commence à manger, nous servons ensuite les autres patients qui ne l'avaient pas encore été. Nous retournons dans l'office le temps que les patients finissent de manger leurs plats, nous en profitons pour préparer le chariot pour le dessert.

Dans la salle à manger nous entendons une chaise reculer violemment et nous voyons par la porte de l'office Monsieur L se diriger vers la poubelle située à côté de la porte de l'office très rapidement. Monsieur L jette le contenu de son assiette dans la poubelle très difficilement car il tremblait énormément, encore plus que d'habitude. L'infirmier lui demande alors ce qui se passe. Monsieur L se tourne alors vers nous et cherche à vouloir entrer dans l'office, il prend son couteau et s'avance vers nous en disant "je vais vous planter". L'infirmier nous a regardé avec l'autre étudiante et nous a demandé si l'une de nous pouvait passer par la porte vitrée de l'office chercher une collègue qui avait un PTI car il n'en avait pas. L'étudiante AS est donc partie chercher un collègue. Je suis restée dans l'office avec l'infirmier et le patient qui nous menaçait toujours avec son couteau. L'infirmier a demandé au patient sur un ton très calme s'il voulait bien poser son couteau et nous expliquer ce qui n'allait pas car ce n'était pas dans ses habitudes d'être menaçant envers l'équipe ou même les autres patients.

Les autres patients en salle à manger regardaient tous dans la direction de l'office et la plupart se demandait ce qu'il était en train de se passer. Le patient a mimé le geste de lancer son assiette en notre direction mais ne l'a pas fait réellement. Il tremblait tellement qu'il a fini par lâcher sans le vouloir son assiette et qui s'est cassée sur le sol. Il tenait cependant toujours fermement son couteau. J'ai dit au patient que ce n'était pas grave et que cela arrivait à tout le monde casser de la vaisselle sans le faire exprès et qu'on allait nettoyer tout ça. A ce moment là, un autre collègue infirmier est arrivé dans l'office, il a demandé au patient ce qu'il se passait en je pense faisant semblant de ne pas être au courant de la situation. Monsieur L a soupiré et s'est mis à parler très rapidement en disant "c'est les voix dans ma tête, elles m'ont dit de vous faire du mal, mais moi je voulais pas".

Il faut savoir que Mr L est un patient schizophrène, il a souvent des hallucinations auditives et quand il n'arrive pas à les gérer il peut avoir des comportements hétéroagressifs mais cela se produit très rarement. On a senti un début d'apaisement de la situation, l'infirmier avec qui je servais le repas en a profité pour demander une nouvelle fois au patient s'il voulait bien lâcher le couteau qu'il tenait encore dans sa main. Monsieur L a accepté et a lâché son couteau qu'il a posé sur le haut du lave-vaisselle. L'infirmier qui est arrivé plus tard a proposé à Mr L d'aller en pharmacie avec lui pour pouvoir discuter de ce qu'il venait de se passer. Le patient a accepté la proposition et ils sont partis ensemble dans la pharmacie.

Une fois le patient parti et la situation revenue plus calme, l'infirmier nous a dit à l'étudiante AS et à moi-même que si on avait besoin de parler de ce qu'il venait de se passer il ne fallait pas hésiter. Je lui ai dit que pour ma part j'avais été surprise par la réaction du patient mais que j'étais sentie tout de même assez rassurée par le fait qu'il soit avec nous et qu'il ait géré la situation et que j'avais senti que le fait qu'il reste calme et qu'il ne panique pas m'avait aidé à rester calme aussi.

Nous avons ensuite continué à servir la fin du déjeuner aux patients en rassurant ceux qui avaient besoin de l'être. Notre collègue est venu nous voir après son entretien avec le patient et nous a dit qu'il lui avait donné son traitement si besoin car il était encore tout de même assez tendu et le patient a dit qu'il n'arriverait pas à totalement se calmer seul. Un peu avant les transmissions, Mr L a frappé à la porte du bureau infirmier et s'est excusé de son comportement du midi.

A ce jour je me pose plusieurs questions et remarques:

- Si nous avons cherché à savoir ce qui n'allait pas au moment de servir le patient, la situation aurait-elle dégénéré ?
- Est-ce que le fait que nous soignant n'ayons pas paniqué et haussé le ton face au patient a aidé à faire retomber la tension et à désamorcer la situation ?
- Les stimuli visuels et auditifs au moment du déjeuner ont-ils pu majorer les hallucinations du patient et donc l'amener à passer à l'acte ?
- Si nous avons réagi d'une autre manière la situation aurait-elle pu s'aggraver ou bien se désamorcer plus rapidement ?
- Est-ce que le fait que nous n'obligions pas le patient à se calmer et lâcher son couteau mais plutôt que nous proposons au patient des solutions pour calmer la situation ont-elles permis au patient d'avoir confiance en nous et de se calmer plus facilement ?
- Je me demande si j'aurais été aussi calme si j'avais été seule, sans infirmier ou AS avec moi, devant le patient ?
- Qu'est ce qui a fait que je n'ai eu pas peur ?
- Durant cette situation je n'ai pas ressenti de stress, le ton calme et posé employé a permis de garder un climat qui favorise un début de soins
- Je pense que le fait que l'ide parvienne à contenir la situation sans que celle-ci s'envenime à contribuer à ce que je me sente à l'aise et relativement en confiance pour intervenir et parler avec le patient même si ce n'était que quelques mots.

Annexe III: Guide d'entretien:

Bonjour, je suis Carla, étudiante infirmière en 3ème année. J'effectue mon Mirsi sur la posture infirmière face à un patient ayant un comportement hétéroagressif en psychiatrie.

Avant de débiter l'entretien, j'aimerais connaître votre parcours professionnel.

Différence entre violence et agressivité.

- Comment définiriez-vous l'agressivité ? Et la violence ?
- Faites-vous une différence entre violence et agressivité ?

Objectifs : Définir la notion d'agressivité selon l'infirmier, et identifier la différence entre violence et agressivité pour l'infirmier.

Postures et réactions infirmiers face à un comportement hétéroagressif

- Dans votre exercice professionnel, êtes-vous régulièrement confronté à un patient présentant un comportement hétéroagressif ?
- Est-ce que vous pourriez me parler d'une situation d'agressivité que vous avez vécue ?
- Dans l'équipe, comment vous organisez-vous face à un patient agressif ?
- Pensez-vous que la posture du soignant a un impact sur la gestion de la situation (apaisement ou majoration de l'agressivité) ?
- Selon votre expérience, quelle est l'attitude à adopter pour apaiser la situation ?
- Est-ce que l'expérience aide à la prise en soin de ces situations complexes ?
- Lorsque les situations ne s'apaisent pas, ou bien lorsque c'est compliqué ? qu'est-ce qui a pu se passer selon vous ?

Objectifs: Identifier la fréquence des situations d'agressivité dans l'exercice professionnel, et Identifier l'impact de la posture soignante sur le déroulé de la prise en soin

La communication lors de la prise en soin d'un patient hétéroagressif

- (Que pensez-vous de la communication) → question de relance si l'IDE n'aborde pas ce point
- Comment adaptez-vous votre communication verbale et non verbale dans ce type de situation ?
- Pensez-vous que la communication est influencée par les émotions que le soignant ressent à cet instant ?
- Lorsque vous ne connaissez pas le patient ou pas assez, pensez-vous que la communication peut-être inadaptée et ainsi nuire à la prise en soin notamment à l'apaisement du patient hétéroagressif ?

Objectif: comprendre comment se crée la communication avec un patient agressif et les bénéfices que celle-ci peut apporter à la prise en soin.

Émotions ressenties par le soignant

- Vous êtes soignant mais avant tout un être humain, que ressentez-vous après la prise en soin d'un patient agressif ?
- Est-ce qu'il a un impact émotionnel après la prise en soin d'un patient agressif ?
- D'après-vous, l'expérience professionnelle permet-elle de mieux appréhender une situation agressive ?

Objectifs: Identifier les réactions, l'impact de l'expérience dans la prise en soin du patient agressif, et la place des émotions des soignants dans cette prise en soin.

Avez -vous autre chose à ajouter ? (ne pas éteindre pas l'enregistrement)

Annexe IV: Retranscription entretien n°1:

ESI: Bonjour, avant de commencer les questions est-ce que tu veux bien me parler de ton parcours professionnel, ce que tu as fait, où tu as travaillé ?

IDE: Du coup, je suis infirmière diplômée depuis juillet 2015. J'ai commencé ma carrière à Vannes en gérontopsychiatrie en admission quelques mois, après je suis partie à Quimper en hôpital de jour gérontopsychiatrique pendant 6 mois, et ensuite retour à Rennes au CHGR en admission.

ESI: D'accord

IDE: Voilà depuis 2016.

ESI: Tu as fait que de l'admission au CHGR ?

IDE: Oui que de l'admission.

ESI: Je vais commencer les questions du coup, quelle définition pourrais-tu me donner de l'agressivité ?

IDE: L'agressivité, pour moi c'est une réponse à un besoin, généralement, de la personne. C'est une manière de s'exprimer. Tu peux avoir l'auto agressivité, l'hétéro agressivité, l'agressivité verbale, physique, de tout. Ouais, c'est vraiment une réponse au besoin, ça peut être amené par pleins de choses, sentiment d'injustice, d'incompréhension, une douleur, voilà.

ESI: D'accord ,et pour la violence du coup est ce que tu aurais une définition à me donner ?

IDE: La violence c'est plus l'utilisation de la force physique.

ESI: Oui je suis d'accord.

IDE: Dans le but de nuire plutôt.

ESI: Si tu avais une différence à faire entre les deux ça serait quoi ?

IDE: Bah dans l'agressivité l'autre existe et dans la violence non, l'autre n'est pas considéré

ESI: Souvent dans les services, fin dans ceux où j'ai pu aller, les infirmiers ils parlent plus de violence, fin ils disent "ce patient a été violent" alors que pour moi je voyais plus ça comme de l'agressivité, donc je trouve le distinguo il est dur à faire entre les deux notions.

Et du coup surtout en admission, je pense que vous êtes souvent confronté à des patients qui ont des comportements hétéroagressif ou autoagressif ?

IDE: Oui, oui, ça fait partie du quotidien, il y a des jours où il ne va pas en avoir et d'autres si.

ESI: Et comment gérez- vous ces situations d'agressivité au sein de l'équipe ? Comment vous vous organisez pour gérer ? Je sais pas si il y a des personnes qui sont plus à l'aise ou est-ce que c'est la personne qui est sur le fait accompli ?

IDE: Généralement la personne qui est face à une situation d'agressivité va être celle qui va gérer, en général, parce que si cette personne là devient persécutrice il vaut mieux qu'elle parte, elle ne va pas rester là. Donc généralement c'est la première personne qui va gérer la situation. Bien entendu on avertit les collègues aux alentours, on reste pas seul.

ESI: Oui c'est important, même si vous avez les PTI. Moi je trouve ce qui était le plus dur en tant qu'étudiante au CHGR, c'est que tout le personnel avait un PTI et nous étudiant on en avait pas et du coup bah des fois on allait dans des chambres avec des patients qui avait un potentiel agressif, donc des fois on avait des situations on savait pas trop comment gérer, donc c'est moins sécurisant je trouve.

IDE: D'où l'importance de toujours dire où on va. Même avec un PTI on dit où on est.

ESI: Est-ce que tu penses que la posture soignante qu'on adopte pendant la situation d'agressivité peut impacter sur l'apaisement ou sur la majoration de l'agressivité ?

IDE: Bien sûr, si on se montre agressif envers le patient, de suite la tension va monter encore plus et on arrivera jamais à avoir un apaisement. Donc oui obligatoirement.

ESI: D'accord, et selon ton expérience et les situations que tu as pu vivre, est-ce que tu pourrais me parler d'une situation d'agressivité, ou d'un comportement agressif d'un patient qui t'as marqué ?

IDE: Oui, encore avant hier, je vais prendre un exemple récent. Un patient très délirant, halluciné, paranoïa, totalement envahit qui est persuadé de voir un autre patient volé, et qui ne comprenait pas pourquoi je ne réagissais pas face à ça. Donc ça part tout de suite en insultes, et menaces, c'est incessant, le seul moyen de faire cesser la chose c'est de partir. Dans cette situation-là parce que j'étais persécutrice, mais pour te dire que c'était il y a 2 jours et que ça arrive régulièrement.

ESI: D'accord, et est-ce que selon toi il y a plus une attitude à adopter dans cette situation ou c'est en fonction de chaque situation on adapte.

IDE: C'est du cas par cas, parce qu'il faut adapter à chaque fois son comportement, sa réponse. La communication aussi va être adaptée. On a pleins de manière de réagir face à ces situations là, on peut juste adopter une posture professionnelle, une réponse professionnelle adaptée, faire ce qu'on appelle "le faux naïf", l'étonné "bah qu'est ce qui se passe", faire de l'humour, faire du recadrage parfois ça peut être nécessaire et c'est à nous d'en juger. Il faut toujours adapter son comportement et sa réponse.

ESI: Est-ce que tu penses qu'au fur et à mesure, de l'expérience qu'on prend dans le service, aussi du fait qu'on est plus à l'aise dans le métier, est ce que tu penses que ça aide à gérer ces situations et adapter son comportement ?

IDE: Alors oui par l'expérience qu'on a au quotidien, la connaissance de nos patients. Par exemple, quand un patient arrive on se demande "est-ce qu'il passe à l'acte ou pas ?" , "est ce qu'il y a des antécédents ?" et ça nous aide vachement d'avoir ces réponses. Mais il y a aussi tout ce qui est formation, on est formé à ça au fur à mesure. Donc oui l'expérience ça aide.

ESI: Est-ce que au CHGR vous avez forcément, parce que le lieu de stage où je suis actuellement m'on dit qu'ils avaient la formation OMEGA, je sais pas si sur le site vous l'avez aussi ?

IDE: Cette formation je viens de l'avoir il y a quelques semaines, mais c'est une formation de pôle, tout le CHGR ne l'a pas. Après il y a une autre formation qu'on peut avoir et demander c'est la formation "Gestion de l'agressivité et de la violence". Moi j'ai eu les 2.

ESI: C'est une formation propre au CHGR ?

IDE: Je sais qu'elle est financée par le CHGR mais je pense qu'ils la font un peu partout dans les hôpitaux psychiatriques.

ESI: Quand vous êtes face à un patient qui est agressif ou qu'il y a une situation d'agressivité dans le service comment vous réussissez à adapter votre communication verbale et non verbale ?

IDE: De prime abord ce qui faut à mon sens faire, c'est se centrer sur les émotions de la personne. Il va falloir reformuler "là vous avez peur", "là vous êtes en colère", et en fait la personne va pouvoir aussi s'exprimer et exprimer finalement son besoin comme on disait au début. Pour moi c'est comme ça qu'il va décharger, si ça ne fonctionne pas on arrive sur autre chose, d'autres stades. Mais c'est la première chose à faire, et éviter le "je", ne pas s'impliquer sinon on devient la cible de l'agressivité.

ESI: J'avais pas forcément cette notion.

IDE: Ouais il faut éviter ça.

ESI: Bah c'est bon à savoir.

IDE: C'est un petit détail mais ça aide.

ESI: C'est vrai que souvent on a tendance à dire, fin moi je sais que j'ai tendance à dire "j'ai compris ça", du coup c'est vrai je m'inclus un peu dans la situation en disant ce que j'ai compris, mais en demandant toujours si c'est bien ce dont il s'agit.

IDE: Toujours adapter un ton bienveillant, calme, si on s'énerve ça va pas marcher, rester à distance, mais en ne faisant pas des gestes qui repoussent, sinon l'autre va aussi se sentir agressé et ça va monter tout de suite.

ESI: Est-ce que tu penses que les émotions qu'on ressent, je sais pas par exemple, la peur, la colère ou l'appréhension peuvent aussi influencer la communication qu'on a envers le patient ?

IDE: Bien-sûr, on peut parfois se retrouver sidéré, ne rien pouvoir faire, avoir peur et là maîtriser cette situation et avoir une réponse professionnelle peut devenir compliqué mais ça peut tous nous arriver. C'est pour ça qu'on est une équipe, qu'on peut tous se passer le relais, si on est en difficulté on délègue, ça sert à rien de continuer.

ESI: C'est ça qui est rassurant aussi, c'est de se dire qu'on est pas tout seul et que si jamais on a besoin d'aide on a nos collègues qui sont là.

IDE: Complètement.

ESI: Est-ce que quand vous avez un patient, une admission que vous ne connaissez pas, que vous savez pas si il y a des antécédents de passage à l'acte, des comportements hétéroagressifs, est-ce que du coup c'est plus dur d'adapter la communication et de réagir à des potentielles situations agressives avec ces patients là ?

IDE: Je pense que c'est quitte ou double. L'agressivité chez certaines personnes, on va la voir par des petits signes physiques par exemple. Quand on connaît pas la personne on va peut être pas repérer le petit signe physique qui faisait qu'il y allait avoir un clash qui arrivait. Par exemple y en a il va juste avoir la lèvre qui tressaille, ça veut dire que ça peut mal se passer. Si tu ne connais pas la personne c'est un peu plus compliqué. Pour autant sur le CHGR on a l'équipe de prévention et d'intervention qui ne connaît pas les patients, et qui intervient généralement dans les situations d'agressivité ou juste en prévention, et ça se passe plutôt bien puisqu'ils arrivent, ils sont extérieurs, les patients ne les connaissent pas donc ils ne sont pas cibles non plus du problème ou de l'injustice que le patient ressent, ils arrivent ils sont neutres, et ça peut aider parfois.

ESI: Je trouve que, fin la je suis à l'UHSA en stage, et tous les soignants ont les masques et je trouve que les patients interprètent beaucoup plus nos émotions qu'on peut avoir dans le regard et ça peut déclencher plus de comportements agressifs parce qu'on voit pas toute l'expression du visage. Je trouve que c'est plus compliqué aussi du coup.

IDE: Le non verbal c'est une majeure partie de la communication.

ESI: Le masque c'est un biais à cette communication du coup.

IDE: Totalement mais on a pas le choix pour le moment.

ESI: Quand il y a une prise en soin qui est compliquée avec un patient, comment tu ressens le soin après de ce patient ? Est-ce que tu es plus réticente à aller vers lui ?

IDE: Personnellement, je dirais que j'arrive à mettre cette distance professionnelle. C'est pas nous qui sommes attaqués en tant qu'humain, c'est la blouse blanche qui peut être attaquée, c'est parce que il est pas content des consignes médicales, fin ça peut être pleins de choses. C'est pas nous l'être humain qui sommes attaqués et c'est important de se le dire, on vit mieux les choses.

ESI: Ça permet peut-être de se mettre plus à distance.

IDE: On se détache un peu plus, on est professionnel, mais bien évidemment il y a eu des situations qui m'ont mise à mal. Quand c'est une agression physique dirigée contre la personne, quand c'est des menaces ciblées contre soi, oui ça peut tous nous impactés, on est pas des robots.

ESI: Et du coup, c'est un peu en lien avec ce que je t'ai demandé toute à l'heure, mais est-ce que tu penses que la gestion des émotions, la communication ça s'acquiert aussi au fil du temps et des années ?

IDE: Oh bah bien sûr. On est plus à l'aise avec l'expérience, nos réactions sont plus naturelles, mais on apprend encore de jour en jour avec les formations qu'on a. Dans l'unité on est en train de revoir toute de manière de réagir face à l'agressivité et on apprend de nouvelles méthodes, on évolue.

ESI: C'est intéressant que vous ayez des formations pour voir les nouvelles pratiques qui se sont ailleurs.

Et pour finir est-ce que tu aurais quelque chose à ajouter ?

IDE: Je rajouterai la notion de sécurité face à l'agressivité. C'est la clé aussi, à partir du moment où nous on est pas en sécurité en tant que professionnel, on intervient pas physiquement. Il faut toujours avoir en tête cette notion là dans le comment je gère la situation, "est-ce que je suis en sécurité ? Est-ce que les autres patients sont en sécurité?", c'est hyper important, on n'est pas là pour être blessé.

Le débrief en équipe aussi est très important. Le temps d'équipe est nécessaire pour que chaque soignant puisse verbaliser, exprimer ses émotions, ses ressentis et ça permet aussi d'analyser la situation. Il ne faut pas repartir chez soi en gardant tout ce qui c'est passé pour soi il faut décharger.

ESI: D'accord merci pour ces précisions. Je te remercie aussi pour le temps que tu m'as accordé.

IDE: De rien c'était avec plaisir.

Annexe V: Retranscription entretien n°2:

ESI: Bonjour, j'effectue mon MIRSI sur la posture infirmière face à un patient ayant un comportement hétéroagressif en psychiatrie. Avant de rentrer dans le vif de l'entretien je voulais savoir si tu accepterais de me parler de ton parcours professionnel ?

IDE: Oui, bien sûr, alors je suis diplômée depuis juillet 2020, et depuis mon diplôme j'ai un poste d'infirmière sur le pool d'un pôle de l'hôpital. J'ai d'abord fait de la nuit pendant les 2 premiers mois puis je suis passée de jour. J'ai tourné principalement sur des unités d'admissions.

ESI: D'accord. Pour commencer est-ce que tu pourrais définir ce qu'est l'agressivité selon toi ?

IDE: Alors donner une définition propre de l'agressivité, ça va être un peu compliqué, je vais essayer de le faire avec mes propres mots. Pour moi l'agressivité ça peut être, une agressivité verbale ou physique, mais je pense plus à verbale au contraire de violence qui me fait plus penser à violence physique envers les autres. Donc voilà, pour moi l'agressivité c'est un peu un moyen de défense d'une personne qui se sent en danger ou pour se protéger qui va être agressif verbalement ou physiquement

ESI: Et donc quelle définition donnerais-tu de la violence ?

IDE: Pour moi la définition de la violence, ça va être quelque chose qui n'est pas forcément contrôlé et ça va être une violence physique. En fait, faire un acte physique sur quelqu'un qui peut donner des séquelles, d'un traumatisme, un acte physique en fait passer à l'acte sur quelqu'un, pour moi c'est ça la violence.

ESI: D'accord, du coup quelle est pour toi la différence entre violence et agressivité ?

IDE: La différence entre les deux, du coup j'ai déjà un peu évoqué dans les réponses d'avant. Pour la différence entre les deux c'est que la violence on va vraiment passer à l'acte sur des personnes, être dangereux, pouvoir provoquer des séquelles en fait sur les personnes, alors que l'agressivité c'est plus vu, fin pour moi, comme un moyen de défense envers quelqu'un, un moyen de protection que la personne va trouver et où elle va pouvoir agresser la personne et être agressif verbalement, pas physiquement. Donc vraiment la différence c'est que la violence il y a un passage à l'acte, l'agressivité non.

ESI: C'est vrai qu'on associe souvent la violence avec les passages à l'acte et l'agressivité juste avec les mots. Depuis que tu es diplômée, as-tu souvent été confronté à des patients ayant des comportements hétéroagressifs ?

IDE: Alors pour répondre à cette question, je pourrais dire que oui car j'ai déjà vu ou entendu pas mal de comportements hétéroagressifs depuis que je suis arrivée sur l'hôpital, alors que j'y suis que depuis juillet seulement, donc à peu près 8 mois. Et pour autant j'ai déjà entendu pleins d'actes hétéroagressifs sur des personnes. Après on essaie de faire en sorte que ça arrive le moins possible mais bon quand les personnes ont vraiment envie, fin une pulsion de passer à l'acte ça se contrôle

pas et du coup voilà ça peut arriver dans les services. Et pour te dire c'est arrivé encore avant hier, donc oui on est souvent confronté à des actes hétéroagressifs, on essaie de faire en sorte que ça aille pas trop loin. En sachant que pour moi un acte hétéroagressif c'est pas forcément non plus euh, ça peut être rien qu'un patient qui essaie de lever la main sur nous même s'il ne nous atteint pas, pour moi c'est quand même considéré comme un comportement hétéroagressif même s'il a pas réussi à nous atteindre physiquement.

ESI: Pour illustrer un peu, est-ce que tu peux me parler d'une situation d'agressivité que tu as vécu ?

IDE: Oui, alors la situation qui me vient en premier lieu, c'est une situation d'un comportement hétéroagressif. Donc j'ai travaillé dans mes débuts pendant 2 mois de nuit . Il faut savoir qu'en psychiatrie la nuit on est 1 infirmier et 1 aide-soignant, et ça peut arriver qu'on soit 2 infirmiers et pas d'aide-soignant. Cette nuit là j'étais avec un autre infirmier, je venais de commencer depuis à peu près deux semaines, trois semaines, donc voilà j'essayais de trouver un peu mes repères dans l'unité et en fait y a un patient qui était insistant pour avoir des cigarettes, or il n'en avait plus donc il le savait depuis le milieu d'après-midi, sauf que là il en voulait vraiment donc j'ai essayé de lui dire de voir avec d'autres patients sauf que tout le monde était couché car il était tard. Donc je lui ai expliqué que nous on avait pas de cigarettes et que vu qu'il en avait plus il fallait faire avec et qu'on verrait ça demain et qu'en attendant vu qu'il avait des prescriptions gomme à mâcher et de substituts nicotiques je pouvais lui donner ça en attendant, mais que nous là on avait pas de cigarettes. Il n'a pas du tout entendu, il était très insistant du coup je lui ai demandé de partir de la pharmacie parce que j'étais en train de préparer les traitements. Il a fini par sortir et mon collègue est arrivé dans la pharmacie et moi j'en ai profité pour partir de la pharmacie pour aller chercher quelque chose dans une autre pièce. Et en fait je suis partie, et quand je suis partie du coup j'ai fermé la porte de la pharmacie pour que mon collègue soit tranquille, et en fait le patient a fermé la deuxième porte qui permettait que mon collègue puisse me voir et c'était un patient en fauteuil, et en fait il m'a bloqué le passage et il m'a pris un poignet. Donc je suis restée face à lui, je lui ai expliqué que c'était pas possible de faire ça, qu'il fallait me "lâcher", fin j'ai pas dit ça comme ça mais voilà, mais il ne voulait pas me lâcher. Je lui ai dit que faire ça, ça n'allait pas lui apporter des cigarettes et que ça allait pas bien se passer s'il continuait de faire ça. Y a des patients qui ont voulu venir m'aider, fin un patient qui descendait et qui a vu la scène à voulu venir m'aider, mais je lui ai dit de rester à l'écart parce que je voulais pas l'impliquer dans ça. Et en fait j'ai pas directement appelé mon collègue parce que je pensais que j'allais réussir à gérer toute seule et j'ai pas non plus tiré le PTI parce que j'en voyais pas pour l'instant l'intérêt, sauf que bah il a fini par prendre mon deuxième poignet et me serrer très fort les poignets, donc je lui ai dit d'arrêter et j'avoue j'étais un peu démunie parce que je savais plus quoi faire j'étais bloquée et qu'il me tenait les deux poignets, en plus il était en fauteuil donc je pouvais pas vraiment essayer de le mettre au sol, tout doucement bien-sur, mais voilà j'ai pas réussi. Il serrait fort les poignets et il arrêtais pas, je me suis dit que là il risquait vraiment de me blesser or je pouvais plus tirer le PTI, donc du coup heureusement j'étais pas loin de la pharmacie donc j'ai appelé mon collègue en parlant fort pour qu'il m'entend. Il est arrivé et la situation s'est réglée, fin il a réussi à lui enlever ses mains de mes poignets et au final après ça c'est pas vraiment bien passé parce qu'on a voulu l'emmener en chambre et il était agressif, et donc au final on a du le plaquer au sol et c'était un peu violent, il ne voulait pas nous écouter. Voilà un peu pour dire par rapport à ça, en soit il m'a pas blessé du coup mais je pense qu'il aurait pu car ce patient là il avait déjà cassé un poignet d'un soignant, et en fait mon collègue quand il est arrivé et qu'il a vu que le patient me prenait les

poignets il a eu très peur qu'il me fasse la même chose qu'au soignant à qui c'était déjà arrivé, c'est pour ça qu'il a directement réagi comme il fallait quand je l'ai appelé.

ESI: Ça ne devait pas être une situation facile à gérer. Justement dans l'équipe, comment vous vous organisez face à un patient agressif ?

IDE: En équipe comment on s'organise face à un comportement hétéroagressif, en fait des fois il va avoir une organisation qui va se faire, mais des fois ça va vraiment être, euh, ça va pas vraiment se choisir en fait. On ne se dit pas, euh, on a pas un "protocole" donné comme un bilan sanguin, injection ou autre, vu que chaque comportement est différent, chaque comportement hétéroagressif est différent, ne se passe pas au même endroit et parfois le comportement peut être stabilisé comme très violent. On agit un peu au feeling si on peut dire ça comme ça. Dans tous les cas ce qu'on essaie de faire, c'est d'être le plus possible avec ce patient pour essayer de le "contrôler", avec des fois, euh, on essaie qu'il y ait au moins un soignant qui reste avec les autres patients pour les gérer, donc souvent on est deux. Si on a besoin d'aide on tire le PTI, si c'est vraiment trop dangereux ou on appelle les collègues, déjà parce que si on est face à quelqu'un qui peut être violent il faut mieux être plus pour pouvoir le "contrôler" et que ça se passe mieux, même le rattraper si il veut agresser un autre patient ou même nous agresser nous, il vaut mieux être plus. Et après voilà. Souvent ce qu'on essaie de faire, c'est que ça n'aille pas trop loin, de calmer la personne avec les paroles, mais si la personne n'est pas canalizable, alors dans ces cas là on appelle l'interne de garde ou le médecin pour informer de la situation. Après souvent ce qui se passe, c'est qu'il peut y avoir un entretien médical ou il va être décidé plusieurs choses : soit de mettre un traitement si besoin en place. soit si la personne est vraiment trop agitée et qu'elle peut être dangereuse pour les autres ou pour elle-même la mise en place de contentions voir la CSI.

ESI: En fait, vous gérez chaque situation différemment en fonction du patient, du type de comportement...

IDE: Oui exactement

ESI: Du coup est-ce que tu penses que la posture que le soignant adopte peut impacter la gestion de la situation. En majorant ou au contraire en apaisant la situation.

IDE: Oui je dirais que la posture soignante, elle a un impact sur la gestion de la situation parce que voilà, euh. Les patients vont ressentir et transférer ce que nous on ressent au patient, donc voilà je pense que si par exemple un soignant sur le moment hausse le ton ça peut agir, fin en fait c'est un peu compliqué je trouve de pouvoir répondre à cette question. Je sais que ça a un impact mais j'arriverai pas trop à expliquer pourquoi, juste, fin ouais ça a un impact.

Par exemple, il va y avoir des soignants qui vont avoir des manières différentes de gérer ça. Y en qui vont parler calmement, bas, qui vont avoir une voix toute douce etc.. soit ça peut apaiser le patient, soit ça peut ne pas du tout fonctionner sur certains patients. Et au contraire il y a des soignants qui eux vont plus hausser le ton, donner un cadre, avoir une voix "carré" qui peut vraiment stopper la personne dans ce qu'elle est en train de faire et pareil soit ça peut aider des patients, comme pour certains ça va pas du tout agir sur eux. Du coup ça rentre dans la posture du soignant, je trouve, et oui ça a un impact. Forcément que ça a un impact notre posture évidemment dans la gestion parce

que c'est nous qui sommes là pour gérer ça, et du coup comment on va agir ça va forcément aider ou pas.

ESI: Au vu de ce que tu viens de me dire, d'après ton expérience qu'elle est l'attitude à adopter pour apaiser la situation ?

IDE: Alors, les attitudes à adopter pour apaiser la situation, moi je vais pas vraiment te donner ce qu'il faudrait faire parce que au final j'ai pas encore vraiment l'expérience spécifique pour te donner ce qu'il faut vraiment faire, mais je vais plutôt de dire ce que moi je fais pour tenter d'apaiser la situation et qui parfois fonctionne en tout cas. Donc déjà pour apaiser la situation, premièrement si la personne qui fait un acte hétéroagressif n'est pas dans un lieu calme, avec les autres patients autour, je privilégie une pièce plus isolée des autres pour être seule avec la personne, donc les soignants avec le patient. Je trouve ça plus facile, ça permet d'avoir plus de calme, une pièce plus petite c'est aussi plus facile pour cadrer l'acte qui est en train de se passer. Après souvent on est plusieurs, mais ce que j'essaie de faire vraiment, le plus important quand on parle à la personne c'est de bien la regarder, se mettre à sa hauteur, donc si la personne est assise et bah on se met accroupi pour regarder, être à sa hauteur, essayer de capter son regard, et faire en sorte qu'elle nous écoute plus facilement. Je parle avec une voix calme, contrairement à certains qui pourraient parler en haussant le ton, mais si la personne ne crie pas ni rien, je vais pas hausser le ton justement, je vais parler d'une voix calme pour montrer que oui toi le patient tu es énervé mais moi malgré que tu sois énervé je parle toujours calmement, et je trouve que ça peut permettre de les apaiser en tout cas. Et aussi montrer qu'on a pas peur si c'est possible, après la peur ça se contrôle pas, en fait montrer que dans tous les cas on est disponible pour eux.

ESI: Et es ce que tu penses que l'expérience qu'on acquiert au fur et à mesure aide à la prise en soin de ces situations qui sont complexes ?

IDE: Bah comme je t'ai dit avant, ça répond un peu à la question d'avant. Je pense que oui l'expérience ça aide pour la prise en charge des situations complexes parce que plus on est face à des situations comme ça, plus on va être habitué malheureusement, et plus on va être habitué à trouver différentes alternatives pour gérer ces situations. Chaque situation est différente mais on peut tester de nouvelles choses, des nouvelles techniques d'apaisement, et on va se rendre compte au fur et à mesure de toutes ces prises en charge, qu'elle techniques est la plus, est la mieux, celle qui fonctionne le mieux. L'expérience aide vraiment dans les situations complexes, car vu qu'on y est souvent confronté, on sait mieux comment gérer. Ensuite parce qu'avec l'expérience on acquiert des nouvelles connaissances et compétences donc ça peut qu'aider.

ESI: Et si malgré tout ce que vous avez essayé de mettre en place, la situation ne s'apaise pas. Qu'est ce qui a pu se passer selon toi ?

IDE: Si la personne a vraiment un comportement hétéroagressif, par exemple, je vais prendre une personne qui a des hallucinations auditives qui lui disent de frapper des personnes ou des hallucinations auditives qui sont autres mais qui sont omniprésentes dans la tête de la personne, et qui du coup la rende mal, ce qui ferait qu'elle pourrait avoir un comportement hétéroagressif tellement elle serait obnubilée par ses voix. Ces personnes-là, ça pourrait ne pas s'apaiser parce que

temps que les voix sont présentes, malgré notre présence, la personne va être dans sa bulle et ça va être compliqué de pouvoir agir dessus, de gérer la situation. Aussi je trouve que quand les situations peuvent ne pas s'apaiser c'est quand la personne, au final n'était pas bien depuis plusieurs heures par exemple mais qu'elle est restée dans sa chambre à ne rien dire, quand on passait on ne s'en rendait pas compte, et elle "pète un câble" parce que ça fait trop longtemps qu'elle n'est pas bien, vu que tout c'est accumulé ça va peut-être être compliqué de pouvoir réussir à apaiser la situation car la personne a besoin un peu d'extérioriser tout ce qu'elle a pensé depuis longtemps. En général, mis à part si elle a vraiment beaucoup de voix ou ce que je viens de dire, les situations on arrive forcément à les apaiser au bout d'un moment. Des fois aussi, quand les personnes sont vraiment pas bien, ce qui peut aussi se passer, si la personne ne fait pas de mal aux autres ou à elle-même, parfois les personnes ont besoin d'être seule, de silence, d'extérioriser et du coup dans ces cas là, c'est bien de les laisser seules si il y a pas de danger imminent, tout en la surveillant de loin pour qu'elle arrive à s'apaiser et se calmer seule. Du coup des fois on privilégie le fait de laisser un peu la personne seule pour que ça s'apaise.

ESI: Justement pour tenter d'apaiser ces situations, comment tu adaptes ta communication verbale et non verbale ?

IDE: Moi je trouve que la communication non verbale ça aide à 80% du travail, contrairement à la communication verbale. Je trouve ça hyper important et c'est pas toujours mis en avant alors que ça aide beaucoup. Là avec la situation actuelle et le fait qu'on ait des masques je pense par contre que ça n'aide pas du tout parce qu'on a une partie de notre visage qui est caché donc pour faire de la communication non verbale ça fait clairement barrage. Avec la communication verbale on peut, avec des personnes qui sont tellement envahis par des idées délirantes ou autres, ne vont pas entendre nos paroles par contre avec la communication non verbale elles vont voir à travers notre visage qu'on est là pour elle, qu'on les écoute, qu'on les comprend juste à travers un regard, ou même une présence avec une main sur l'épaule par exemple. Après comment l'adapter, c'est en fonction de chaque personne, si on sait qu'avec un patient la communication verbale fonctionne plus on va prendre du temps pour discuter, alors qu'avec d'autres juste une présence avec des silences ça peut vraiment aider, plus qu'avec de la communication verbale, donc faut s'adapter à chaque patient.

ESI: Donc l'adaptation de la communication est dépendante à chaque personne en fin de compte.

IDE: Oui totalement

ESI: Penses-tu que la communication est influencée par les émotions que le soignant peut ressentir ?

IDE: Oui bien-sûr que la communication est influencée par les émotions du soignant parce que malgré le fait qu'on fasse un métier humain, nous même on est humain donc forcément que nos émotions, comme dans la vie de tous les jours vont altérer notre façon de faire par la suite. Si une situation nous donne une émotion forte, par exemple de la colère, ça peut impacter notre façon d'agir. Pour autant on doit essayer quand même d'avoir une juste distance, on doit vraiment essayer de trouver une juste distance tout en étant là pour les patients, pour pas que nos émotions nous envahissent et nous empêchent de travailler correctement.

ESI: Lorsque vous ne connaissez pas le patient ou pas assez, penses-tu que la communication peut être inadaptée et donc nuire à la prise en soin notamment à l'apaisement du patient hétéroagressif ?

IDE: Ca je peux vraiment y répondre, parce que étant infirmière sur le pool, je vais dans plusieurs unités, dont des unités que je ne connais pas donc je suis face à des patients que je ne connais pas, que je vois uniquement une matinée ou une après-midi, parce que des fois je vais juste une fois dans une unité et après j'y retourne plus jamais. Je trouve que particulièrement en psychiatrie, connaître les patients c'est très important pour leur prise en charge parce que, comme je dis y a des patients sur lesquels il ne faudra pas faire certaines choses, ou il faudra plus utiliser la communication non verbale que verbale ou inversement, si on utilise pas la bonne méthode ça peut faire monter le patient, ne pas du tout l'aider, l'angoisser. Donc oui je trouve que vraiment ne pas connaître le patient, du coup ne pas adapter correctement la communication face à un patient qu'on ne connaît pas, mais tout de même essayer de faire du mieux qu'on peut, ça peut nuire et ne pas aider et augmenter le comportement hétéroagressif.

ESI: Du coup c'est plus compliqué de prendre en soin un patient qu'on ne connaît pas. Et vis à vis des émotions que ressens-tu après la prise en soin d'un patient agressif ?

IDE: Pour mon début de carrière, les premières prises en charge de patient agressif, j'avoue que c'était impressionnant, on se rend compte que l'agressivité est vraiment présente en psychiatrie et qu'on va devoir réussir à gérer tout ça et faire avec en réussissant à trouver des solutions pour que ça ne nous impacte pas. Après, là, avec un peu de recul je peux dire que ce qui est très important pour moi c'est de parler de tout ça avec soit la cadre soit les collègues, et c'est ce qui est fait dans tout les services et c'est ça qui est très important, qui nous permet un peu de relâcher et de nous détacher de la situation pour pas qu'elle nous suive dans notre vie personnelle. Dans tous les cas, il peut vraiment avoir des prises en charge très impressionnantes qui peuvent nous remuer. Les émotions ça dépend de chaque prise en charge, ça peut amener de la colère, de la tristesse, de l'incompréhension. C'est aussi propre à chaque soignant. Mais en tout cas je trouve qu'en étant sur le pool, on voit des soignants qui vont être tous les jours avec des patients qui ont tous les jours des comportements hétéroagressifs, vont vite pouvoir être mis à bout par ces patients, contrairement à moi qui va juste venir de temps en temps dans l'unité, j'ai une distance par rapport aux patients qui peut être bénéfique vis à vis de ces comportements là, parce que du coup je suis pas tous les jours face à ces comportements hétéroagressif des mêmes patients, et du coup j'ai peut être plus de patience.

ESI: J'ai une question un peu similaire, mais est-ce qu'il y a un impact émotionnel après la prise en soin de ce type de comportement ?

IDE: Bah du coup j'y ai un peu répondu avant, mais oui il peut y avoir un impact émotionnel. Après, malheureusement et heureusement il faut une juste distance, mais des patients qui sont là depuis 4 ans et que les soignants ils travaillent depuis 4 ans, qu'il voit tous les jours le patient et bah peut être qu'inconsciemment on a une sorte "d'attachement" avec un patient, et forcément que si il se passe un truc avec ce patient bah ça peut avoir un impact émotionnel, parce qu'on peut se dire qu'on fait tout pour ce patient et qu'au final on arrive à des comportements qui nous font un peu nous dire mince on a pas travaillé comme il fallait. Il peut aussi avoir un impact émotionnel si on se fait blesser

par un patient, y a des soignants qui du coup se mettent en arrêt suite à l'agression mais aussi pour l'impact psychologique que ça a sur les soignants qui peuvent avoir été choqué, ou qui arrive à bout au travail et qui ont besoin de faire une pause.

ESI: Ma dernière question c'est d'après toi, l'expérience professionnelle permet-elle de mieux appréhender une situation agressive ?

IDE: Oui, oui,oui l'expérience professionnelle permet de mieux appréhender une situation. Après je pense qu'il y aussi du non. Du oui parce que plus on a d'expérience plus on a des compétences et des connaissances, donc on développe plus de méthodes pour appréhender ces situations, du coup on est plus à l'aise, on a moins peur aussi peut-être. Mais aussi non parce que plus on en voit, plus je pense qu'on peut "banaliser" ce genre de situation et ne plus agir correctement au bout d'un certain nombre d'années.

ESI: Avant de finir l'entretien, est-ce que tu veux rajouter quelque chose ?

IDE: Non je pense que je t'ai dit tout ce que je pensais et comment je voyais les choses.

ESI: D'accord, en tout cas merci d'avoir répondu à mes questions et de m'avoir consacré un peu de ton temps.

IDE: Pas de soucis je suis passée par là y a pas longtemps donc c'était avec plaisir.

Annexe VI: Tableaux d'analyse des entretiens:

Objectif n°1: Relater ce qu'évoque les notions de violence et d'agressivité chez les soignants et quelles distinctions ils font entre ces deux notions

Violence/Agressivité	Définition agressivité	<p>“L'agressivité, pour moi c'est une réponse à un besoin ... C'est une manière de s'exprimer. Tu peux avoir l'auto agressivité, l'hétéro agressivité, l'agressivité verbale, physique.” “ ça peut être amené par pleins de choses, sentiment d'injustice, d'incompréhension, une douleur”</p> <p>“l'agressivité c'est un peu un moyen de défense d'une personne qui se sent en danger ou pour se protéger qui va être agressif verbalement ou physiquement”</p>
	Définition violence	<p>“ La violence c'est plus l'utilisation de la force physique.” “ Dans le but de nuire plutôt.”</p> <p>“ça va être quelque chose qui n'est pas forcément contrôlé” “ faire un acte physique sur quelqu'un qui peut donner des séquelles, un traumatisme, un acte physique en fait passer à l'acte sur quelqu'un, pour moi c'est ça la violence.”</p>
	Distinction entre violence et agressivité	<p>“ dans l'agressivité l'autre existe et dans la violence non, l'autre n'est pas considéré”</p> <p>“la violence on va vraiment passer à l'acte sur des personnes, être dangereux” “l'agressivité comme un moyen de défense envers quelqu'un, un moyen de protection que la personne va trouver”</p> <p>“la différence c'est que la violence il y a un passage à l'acte, l'agressivité non.”</p>
	Types d'agressivité	<p>“ l'auto agressivité, l'hétéro agressivité, l'agressivité verbale, physique”</p> <p>“ agressivité verbale ou physique, mais je pense plus à verbale “</p>

Objectifs n°2: Exposer le vécu des soignants face aux situations d'agressivité, et identifier quel est l'impact de la posture soignante sur ces situations

Gestion de l'agressivité	Fréquence des situations agressives	<p>“ça fait partie du quotidien, il y a des jours où il ne va pas en avoir et d'autres si.”</p> <p>“ j'ai déjà vu ou entendu pas mal de comportements hétéroagressifs depuis que je suis arrivée sur l'hôpital, alors que j'y suis que depuis juillet seulement” “Après on essaie de faire en sorte que ça arrive le moins possible” “c'est arrivé encore avant hier, donc oui on est souvent confronté à des actes hétéroagressifs,”</p>
	Vécu du soignant	<p>“j'étais persécutrice”</p> <p>“ j'ai pas directement appelé mon collègue parce que je pensais que j'allais réussir à gérer toute seule et j'ai pas non plus tiré le PTI” “ il a fini par prendre mon deuxième poignet et me serrer très fort les poignets, donc je lui ai dit d'arrêter et j'avoue j'étais un peu démunie parce que je savais plus quoi faire” “mon collègue quand il est arrivé et qu'il a vu que le patient me prenait les poignets il a eu très peur”</p>
	Organisation dans l'équipe	<p>“Généralement la personne qui est face à une situation d'agressivité va être celle qui va gérer” “on avertit les collègues aux alentours, on reste pas seul.” “ Même avec un PTI on dit où on est.” “Le débrief en équipe aussi est très important... ça permet aussi d'analyser la situation”</p> <p>“ on a pas un “protocole” donné comme un bilan</p>

Gestion de l'agressivité		sanguin" " souvent on est deux." "ce qu'on essaie de faire, c'est d'être le plus possible avec ce patient pour essayer de le "contrôler"" " Si on a besoin d'aide on tire le PTI, si c'est vraiment trop dangereux ou on appelle les collègues" " si la personne n'est pas canalisable, alors dans ces cas là on appelle l'interne de garde ou le médecin pour informer de la situation"
	Posture IDE	<p>"si on va se montrer agressif envers le patient, de suite la tension va monter encore plus et on arrivera jamais a avoir un apaisement."</p> <p>"la posture soignante, elle a un impact sur la gestion de la situation" " Je sais que ça a un impact mais j'arriverai pas trop à expliquer pourquoi" " Y en a qui vont parler calmement, bas, qui vont avoir une voix toute douce... soit ça peut apaiser le patient, soit ça peut ne pas du tout fonctionner... Et au contraire il y a des soignants qui eux vont plus hausser le ton, donner un cadre, avoir une voix "carré" qui peut vraiment stopper la personne dans ce qu'elle est en train de faire et pareil soit ça peut aider des patients, comme pour certains ça va pas du tout agir sur eux."</p>
	Attitude à adopter	" C'est du cas par cas, parce qu'il faut adapter à chaque fois son comportement, sa réponse. La communication aussi va être adaptée." " on peut juste adopter une posture professionnelle, une réponse professionnelle adaptée, faire

		<p>ce qu'on appelle "le faux naïf", l'étonné "bah qu'est ce qui se passe", faire de l'humour, faire du recadrage parfois ça peut être nécessaire et c'est à nous d'en juger"</p> <p>"quand on parle à la personne c'est de bien la regarder, se mettre à sa hauteur, donc si la personne est assise et bah on se met accroupi pour regarder, être à sa hauteur, essayer de capter son regard, et faire en sorte qu'elle nous écoute plus facilement." "je vais parler d'une voix calme pour montrer que oui toi le patient tu es énervé mais moi malgré que tu sois énervé je parle toujours calmement, et je trouve que ça peut permettre de les apaiser en tout cas" "montrer que dans tous les cas on est disponible pour eux." "Chaque situation est différente"</p>
	Impact de l'expérience professionnelle	<p>"l'expérience qu'on a au quotidien, la connaissance de nos patients... ça nous aide"</p> <p>"l'expérience ça aide pour la prise en charge des situations complexes" "plus on va être habitué à trouver différentes alternatives pour gérer ces situations." "on acquiert des nouvelles connaissances et compétences donc ça peut qu'aider."</p>
	Formation	<p>"on est formé à ça au fur à mesure" " Cette formation je viens de l'avoir (formation OMEGA) il y a quelques semaines, mais c'est une formation de pôle, tout le CHGR ne l'a pas. Après il y a une autre formation qu'on peut avoir et demander c'est la formation "Gestion de</p>

		l'agressivité et de la violence”
	Notion de sécurité	“C’est la clé aussi, à partir du moment où nous on est pas en sécurité en tant que professionnel, on intervient pas physiquement. Il faut toujours avoir en tête cette notion là dans le comment je gère la situation, “est-ce que je suis en sécurité ? Est-ce que les autres patients sont en sécurité?”, c’est hyper important, on n’est pas là pour être blessé.”

Objectif n°3: Comprendre le rôle de la communication et ses bénéfices.

Communication	Communication verbale	<p>“ Il va falloir reformuler” “la première chose à faire, et éviter le “je”, ne pas s’impliquer sinon on devient la cible de l’agressivité.” “un ton bienveillant, calme, si on s’énerve ça va pas marcher”</p> <p>“prendre du temps pour discuter”</p>
	Communication non verbale	<p>“rester à distance, mais en ne faisant pas des gestes qui repoussent, sinon l’autre va aussi se sentir agressé et ça va monter tout de suite.” “ Le non verbal c’est une majeure partie de la communication.”</p> <p>“la communication non verbale ça aide à 80% du travail” “ le fait qu’on ait des masques je pense par contre que ça n’aide pas du tout parce qu’on a une partie de notre visage qui est caché donc pour faire de la communication non verbale ça fait clairement barrage”</p>

	<p>Influence des émotions soignantes</p>	<p>“on peut parfois se retrouver sidéré, ne rien pouvoir faire, avoir peur et ...avoir une réponse professionnelle peut devenir compliqué”</p> <p>“ bien-sûr que la communication est influencée par les émotions du soignant”</p> <p>“ une émotion forte, par exemple de la colère, ça peut impacter notre façon d’agir.”</p> <p>“ on doit vraiment essayer de trouver une juste distance tout en étant là pour les patients, pour pas que nos émotions nous envahissent et nous empêchent de travailler correctement.”</p>
	<p>Connaissance du patient</p>	<p>“Quand on connaît pas la personne on va peut être pas repérer le petit signe physique qui faisait qu’il y allait avoir un clash” “sur le CHGR on a l’équipe de prévention et d’intervention qui ne connaît pas les patients, et qui intervient généralement dans les situations d’agressivité ou juste en prévention, et ça se passe plutôt bien puisqu’ils arrivent, ils sont extérieurs, les patients ne les connaissent pas donc ils ne sont pas cibles non plus du problème ou de l’injustice que le patient ressent, ils arrivent ils sont neutres”</p> <p>“étant infirmière sur le pool, je vais dans plusieurs unité, dont des unités que je ne connais pas donc je suis face à des patients que je ne connais pas”</p> <p>“en psychiatrie, connaître les patients c’est très important pour leur prise en charge parce que, comme je dis y a des patients sur lesquels il ne faudra pas faire certains</p>

		choses, ou il faudra plus utiliser la communication non verbale que verbale ou inversement, si on utilise pas la bonne méthode ça peut faire monter le patient, ne pas du tout l'aider, l'angoisser."
--	--	---

Objectif n°4: Identifier la place des émotions du soignant dans la prise en soin des comportements agressifs

Ressenti	Emotions	<p>"il y a eu des situations qui m'ont mise à mal. Quand c'est une agression physique dirigée contre la personne, quand c'est des menaces ciblées contre soi, oui ça peut tous nous impactés, on est pas des robots."</p> <p>"les premières prises en charge de patient agressif, j'avoue que c'était impressionnant"</p>
	Rationalisation	<p>"C'est pas nous qui sommes attaqués en tant qu'humain, c'est la blouse blanche qui peut être attaquée" "C'est pas nous l'être humain qui sommes attaqués et c'est important de se le dire, on vit mieux les choses."</p>
	Rôle de l'équipe	<p>"Le temps d'équipe est nécessaire pour que chaque soignant puisse verbaliser, exprimer ses émotions, ses ressentis"</p> <p>" avec un peu de recul je peux dire que ce qui est très important pour moi c'est de parler de tout ça avec soit la cadre soit les collègue...qui nous permet un peu de relâcher et de nous détacher de la situation pour pas qu'elle nous suive dans notre vie</p>

		personnelle”
	Distance professionnelle	<p>“ Personnellement, je dirais que j’arrive à mettre cette distance professionnelle” “On se détache un peu plus”</p> <p>“il faut une juste distance” “étant sur le pool, on voit des soignants qui vont être tous les jours avec des patients qui ont tous les jours des comportements hétéroagressifs, vont vite pouvoir être mis à bout par ces patients, contrairement à moi qui va juste venir de temps en temps dans l’unité, j’ai une distance par rapport aux patients qui peut être bénéfique vis à vis de ces comportements là, parce que du coup je suis pas tous les jours face à ces comportements hétéroagressif des mêmes patients, et du coup j’ai peut être plus de patience. “</p>

Nom: COCHET
Prénom: Carla

Titre du mémoire: Prendre en soin l'agressivité: quand mon attitude peut influencer ses actes.

Résumé

Pendant mes différents stages, j'ai pu constater que l'agressivité était présente dans tous les services mais plus principalement en psychiatrie. J'ai pu remarquer que chaque professionnel avait une façon différente d'aborder la prise en soin des comportements agressifs. Je me suis appuyée sur deux situations que j'ai vécues et des questionnements associés pour introduire ma question qui est : En psychiatrie, en quoi la posture infirmière impact-elle la prise en soin d'un patient présentant un comportement hétéroagressif ?

Dans mes recherches théoriques, j'ai défini ce qu'était l'agressivité, mais aussi la différence entre l'agressivité et la violence. Je me suis également intéressée à la communication et la place qu'elle occupait dans la prise en soin. J'ai ensuite interrogé deux infirmières qui travaillent en psychiatrie. Ces entretiens ont fait émerger d'autres notions telles que les émotions auxquelles je n'avais pas fait référence pendant mes recherches théoriques mais que j'ai pu expliciter lors de ma discussion. Pour conclure, ce travail cherche à questionner les pratiques soignantes pendant la prise en soin de l'agressivité et plus particulièrement si la posture du soignant peut accentuer ou apaiser l'agressivité du patient.

Abstract

During my different internships, I realized that aggressiveness was present in all medical departments but particularly in psychiatry. Each professional has a different way to approach the care of aggressive behaviour. I leaned on two situations that I experienced and on associated questions to introduce my question which is : In psychiatry, how does the nurse's posture impact the care of a patient with aggressive behavior ?

In my theoretical research, I defined what aggressiveness was, but also the difference between aggressiveness violence. I am also interested in the communication and the place it occupies in patient care. I then interviewed two nurses working in psychiatry. These interviews brought out other notions such as emotions to which I had not referred during my theoretical research but that I was able to explain during my discussion.

To conclude, this work seeks to question healthcare practices during the care of aggression and more particularly if the posture of the caregiver can accentuate or calm the aggressiveness of the patient.

Mots clés: Psychiatrie, Agressivité, Posture infirmière, Communication, Emotions

Keys words: Psychiatry, Aggression, Nurse posture, Communication, Emotions

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS:

Adresse: Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou
2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES - Année de formation : 2018-2021