



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La gestion des émotions d'une IDE face à un patient auteur de violences intrafamiliales.

Formateur référent mémoire : LASBLEIZ Murielle

ALIX Audrey

Formation infirmière

Promotion 2021-2024

Date 06/05/2024



PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION RÉGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

La gestion des émotions d'une IDE face à un patient auteur de violences intrafamiliales.

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 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 25 avril 2024

Identité et signature de l'étudiant : Audrey ALIX

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

- ❖ A Madame L, ma référente mémoire, pour avoir toujours répondu, à mes interrogations. Je la remercie pour sa patience et sa disponibilité.
- ❖ A ma famille, mes parents ainsi qu'à mes amies... Merci à eux de m'avoir soutenue.
- ❖ A Chloé, ma sœur, qui m'a accordé son temps et sa patience tout au long de l'année. De m'avoir accompagné et conseillé dans la rédaction de ce travail.
- ❖ A Christine, merci d'avoir pris le temps de lire mon travail, avec ton expertise et ta bienveillance.

INTRODUCTION.....	5
I. Cheminement vers la question de départ.....	2
1. Situation d'appel	2
2. Questionnements.....	4
3. Question de départ	4
II. Cadre conceptuel.....	5
1. Prise en charge du patient violent	5
a) Définition de la violence.....	5
b) Violence du patient.....	6
c) Aspects législatifs	6
2. Gestion des émotions	7
a) Définition des émotions	7
b) Représentations personnelles.....	8
c) Valeurs professionnelles	9
d) Gestion des émotions du soignant	9
3. Relation soignant- soigné.....	11
a) Définition	11
b) Impact du conflit sur la relation.....	13
c) La juste distance.....	13
III. Le dispositif méthodologique du recueil de données.....	15
IV. Analyse descriptive des entretiens - Discussion	16
1) La violence	16
2) La prise en charge du patient auteur de violence.....	17
3) Aspect législatif	18
4) Impact de la relation soignant-soigné.....	19
5) Conseils sur la gestion des émotions	20
6) Intérêts de la gestion des nos émotions	21
7) Objectivité de la relation soignant-soigné	22
8) Représentations personnelles.....	23
9) Ressources	24
V. Conclusion.....	25
VI. Bibliographie.....	28
VII. Annexes	30

SIGLES UTILISES

IDE : Infirmier(e) Diplômé d'Etat

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ;

PEC : Prise En Charge

INTRODUCTION

Il y a maintenant trois ans, j'ai commencé ma formation dans l'institut, qui depuis m'accompagne dans la réalisation de ce rêve d'enfant : devenir infirmière. Ma formation en soins infirmiers a été la première marche d'accession à la vie adulte. Au cours des trois années passées, le questionnement et la curiosité m'ont permis d'avoir une pratique qui m'est propre et réfléchie. Les différents stages que j'ai eu l'occasion de réaliser m'ont donné l'opportunité de rencontrer des infirmier(e)s qui soignent à la fois avec leurs connaissances théoriques mais surtout et principalement avec leur cœur et leurs valeurs.

Pour clore ce cursus, il nous est demandé de trouver une thématique qui nous questionne et pour laquelle une recherche aurait un intérêt pour notre pratique en tant que future infirmière. S'ensuit alors toutes ces interrogations pour trouver le sujet qui nous correspondra le mieux.

Les émotions sont au cœur de notre métier. Nous y sommes confrontés en permanence, professionnellement comme personnellement. La situation d'appel que j'ai pu rencontrer au cours d'un stage m'a permis de faire émerger l'intérêt que je porte à la gestion des sentiments et des émotions en tant que professionnel de santé, et l'impact que cela a dans nos prises en soins.

Comprendre le fonctionnement de nos émotions pourrait nous aider à mieux appréhender la gestion de celles-ci lors de situations de soins susceptibles de nous mettre en difficultés ; dans ce cas précis, avec un patient auteur de violence. L'abord de la relation soignant-soigné, à laquelle nous sommes en permanence confronté, permet de prendre conscience de ses limites.

Dans un premier temps, je vais vous présenter la situation qui illustre mon travail de fin d'étude. Ensuite, viendra le questionnement qui m'a permis de faire ressortir les notions qui seront traitées dans le cadre conceptuel. À partir de celui-ci, une grille d'entretien a été élaborée et utilisée lors de ma rencontre avec les infirmières interrogées. L'analyse des données permettra de montrer l'intérêt de ce sujet de recherche pour ma future pratique infirmière.

I. Cheminement vers la question de départ

1. Situation d'appel

La situation que je vais analyser a eu lieu au cours de la 3^{ème} semaine du stage de mon deuxième semestre, en médecine interne.

Ce matin-là, a lieu le STAFF hebdomadaire à 9h. Il nous permet d'échanger sur la prise en charge et le suivi de chaque patient. Le cas de Monsieur X est alors abordé. A la suite de deux AVC en 2020, Monsieur X est hémiparétique droit. Il est hospitalisé en médecine interne, à la demande de sa femme, car le maintien à domicile est difficile. Mr X étant âgé de 42 ans, il est compliqué de trouver des structures adaptées à son état de santé, du fait qu'il refuse toutes les aides mises à disposition. Au cours de l'échange, l'assistante sociale ajoute que ce patient est auteur de violences intrafamiliales : violences physiques, morales et humiliations envers sa femme et ses enfants, qui, âgés de 20 et 22 ans, ne vivent plus au domicile. Sa femme exprime rester seule à subir les maltraitances au quotidien de Monsieur X.

Madame X témoigne à l'assistante sociale vouloir divorcer mais l'emprise de son mari la freine; elle a le sentiment de « l'abandonner » dans une de ces structures. Cependant, elle exprime avoir conscience que cela reste l'option à privilégier, et débute les démarches de demande d'un EHPAD avec l'équipe du service. Elle réfléchit également à porter plainte.

Lorsque le STAFF se termine, vers 10h, l'infirmière qui m'encadre, me demande d'aller aider l'aide-soignante en réalisant une toilette, celle de Monsieur X.

Je commence alors à m'interroger sur la prise en soins qui va suivre. Mon regard sur lui va-t-il influencer ma prise en soins après avoir eu connaissance de toutes ces informations? Comment faire abstraction du jugement que je me suis faite de lui ? Vais-je réussir à me montrer aussi bienveillante ? Est-ce que j'en ai envie ?

Je toque à sa porte, avant d'y entrer. J'engage la discussion, en prenant de ses nouvelles. Savoir comment s'est passée la nuit. Il est arrivé dans le service il y a 4 jours ; j'avais pu remarquer que son comportement pouvait être distant, avec une personnalité autoritaire, en s'exprimant par des réponses brèves. Les matinées précédentes, je m'étais dit que l'hospitalisation, pas particulièrement souhaitée de la part du patient, pouvait être à l'origine de son comportement. Le choix ou à contrario l'obligation de l'hospitalisation pourrait probablement avoir un impact sur son humeur. Mais ce matin, ce même comportement m'a tout de suite refroidie. Je n'ai pas cherché à insister, et la discussion s'en est arrêtée là.

Je me suis contentée de préparer les affaires de toilette sur l'adaptable près du lit, déposer les draps à côté et remplir la bassine d'eau chaude ; tout cela dans un silence quasi total.

C'est lui qui interrompt le silence, lorsque je me dirige vers la salle de bain pour remplir la bassine d'eau :

- « Mademoiselle, pour l'eau vous avez intérêt à ce qu'elle ne soit ni trop chaude, ni trop froide, je vous préviens. »

Étonnée dans un premier temps du ton menaçant qu'il emploie, j'ai ensuite perçu, me concernant, un sentiment d'agacement émerger, que j'ai instantanément intériorisé. J'ai alors répondu que j'essaierai que la température de l'eau lui convienne. Je sors ensuite de la salle de bain, en direction du lit du patient. Dans un premier temps, Monsieur X réalise en autonomie la toilette, qu'il est en capacité de faire seul. Il me reste ensuite à faire les membres inférieurs et supérieurs droits, ainsi que le dos.

Les échanges pendant le soin restent très limités. Lorsque le silence a commencé à me peser, je tente à nouveau d'échanger avec le patient. Je lui demande :

- Est-ce que vous avez prévu d'avoir de la visite cet après-midi ? Votre femme peut-être ?
- Oui, elle devrait passer dans l'après-midi. Elle n'a que ça à faire de toute façon, encore heureux qu'elle passe me voir.
- Il faut reconnaître que cela reste gentil de sa part de faire le déplacement pour vous voir.

L'envie d'exprimer à Monsieur X mon désaccord avec ce qu'il avait pu dire, m'a traversé l'esprit. J'ai imaginé cette situation, vécue au quotidien par sa femme avec le caractère du patient d'autant plus marqué à domicile, qui m'a fait émerger un sentiment de peine pour celle-ci et de colère envers le patient. Cependant, je me suis dit que ce n'était pas correct de lui dire ce que je pensais, que ce n'était pas mon rôle, et que je devais faire preuve de réserve. À la fin de la toilette, je réalise la réfection du lit, le soin était alors terminé.

Je sors de la chambre en disant :

- « Si vous avez besoins, vous avez la sonnette près de vous »
- « Je sais bien, vous êtes payée pour ça de toute façon » me répond-il.

J'ai alors rapporté la scène à l'infirmière du secteur, du fait que ce n'était pas la première fois qu'il agissait ainsi envers le personnel soignant. Elle a alors décidé de déclarer un événement indésirable (EI).

J'ai ressenti une multitude de pensées émerger à la suite du soin. Ce silence, qui habituellement ne me dérange pas, me pesait énormément. Je ne ressentais pas particulièrement l'envie d'échanger avec lui. D'autre part, mon comportement ne correspondait pas non plus à celui que je pouvais avoir avec les autres patients. Je ne me suis pas sentie spécialement empathique envers Monsieur X. C'est alors ce déroulé de prise en soins qui m'a interrogée. Ce n'est pas le premier patient désagréable et exigeant avec

lequel j'ai pu échanger, mais mon agacement ne s'est pas simplement limité à son manque d'amabilité lors du soin. Le fait d'avoir eu connaissance du contexte de vie du patient, a changé la manière que j'avais de le percevoir, et ce, même avant d'échanger avec lui ce jour-là. J'avais déplacé l'étiquette du patient à sa femme et non plus entièrement à lui.

2. Questionnements

Cette situation a suscité plusieurs questions qui m'ont permis d'initier mon cheminement :

- Doit-on faire abstraction de ses émotions lorsqu'on est IDE ?
- Est-il normal que j'éprouve des émotions "négatives" à l'encontre de ce patient ?
- Ai-je le droit de dire que mes valeurs professionnelles sont mises à mal ?
- Comment rester objective et neutre dans ma prise en soins lorsque mon avis subjectif prend le dessus ?
- Quelles informations sont bonnes ou mauvaises à prendre en compte pour avoir une prise en charge adaptée ?
- En quoi la connaissance du passé de notre patient impacte-elle la prise en soins ? (Violences intra familiale, milieu carcéral etc...)

3. Question de départ

A la suite de cette situation, qui a suscité chez moi beaucoup de questionnements, ma question de départ est celle-ci :

Lors de la connaissance du passé violent d'un patient, en quoi les émotions du soignant influencent-elles la relation soignant-soigné ?

II. Cadre conceptuel

1. Prise en charge du patient violent

a) Définition de la violence

Tout d'abord, il nous paraît indispensable d'initier ce développement par la définition de la « Violence ». D'après le dictionnaire Larousse, une personne violente se dit “d'un être animé (ou de son comportement) qui agit par la force, qui cède à ses instincts brutaux.” (Ed.1999, p. 2011). Cette tournure de phrase pourrait laisser croire que les instincts brutaux sont sous-jacents et qu'un élément déclencheur serait à l'origine de cette violence. Mais existe-t-il toujours un élément déclencheur amenant une personne à “céder” à ses pulsions violentes ? D'après Ronai. E, la violence se définit comme “un processus de domination au cours duquel l'un des deux protagonistes installe et exerce une emprise sur l'autre” (2021, p.13). Elle ajoute également à sa définition que la violence “s'installe dans un rapport inégal” (2021, p.13). A travers ses écrits, on comprend que la relation qui se crée entre une victime et l'auteur de ses sévices s'inscrit dans un schéma de domination.

Par ailleurs, il existe différentes formes de violence. “La violence verbale (la plus oubliée), la violence psychologique (la plus sournoise), la violence économique (la plus méconnue), la violence sexuelle (la plus redoutée et la moins dénoncée), la violence sociale, les violences spirituelles et religieuses et encore les violences physiques (la plus connue)” (Différentes formes de violence - Fédération des Maisons d'Hébergement pour Femmes, s. d.)

Il peut également être intéressant d'évoquer plus en détails les violences intrafamiliales. Par définition, les violences intrafamiliales concernent les membres d'une même famille. (Larousse, s. d.-b). En ce qui concerne les violences conjugales, l'auteur des sévices peut manifester diverses formes de violence, telles que la violence physique, économique ou encore sexuelle. Ces dernières peuvent être “légitimées” par l'idéologie sexiste de domination dont les stéréotypes assignent différents rôles aux personnes de sexe féminin et masculin”(Ronai, 2021, p. 12). Il est important d'évoquer le fait qu'il puisse exister d'autres victimes de ses violences. “Les enfants peuvent être des victimes directes de la violence ou indirectes, lorsqu'ils sont témoins. Ils pourront alors être considérés comme des covictimes.” (Steinberg, 2021, p.23) “Il s'agit d'un contexte permanent de peur, d'anxiété et d'insécurité pour la femme et son enfant.” (Ronai, 2021, p.14)

Comme le dit Benghozi, “La violence n'est pas l'agressivité”. D'après lui “La violence est une attaque contre le lien. (...) Qu'elle soit physique, psychique ou sexuelle, la violence est intrusive et porte atteinte à l'intégrité de l'autre.” Dans un second temps, il décrit l'agressivité comme un comportement qui “vise à restaurer un lien désavoué. Elle interpelle, convoque, provoque l'autre. C'est une forme d'appel, une tentative de surmonter les impasses à la parole en conflictualisant la relation, de dire ce qui ne peut se dire autrement et espérer être entendu.” (2010, p. 42) La nuance de ces deux notions permet de distinguer

ces deux comportements, pour lesquels nos réponses ne doivent pas et ne seront pas similaires. Dans un contexte d'hospitalisation, les patients peuvent faire preuve d'agressivité mais également de violence.

b) Violence du patient

En tant que soignant, nous serons amenés à prendre en soins des patients auteurs des violences, qu'ils aient été jugés par la justice ou non. Nous pouvons donc considérer qu'une partie des patients que nous prenons en charge ont déjà commis des violences, mais nous n'en avons simplement pas la connaissance. Dans ces cas, notre méconnaissance engendre une prise en soins vierge de toutes les interrogations que j'ai pu évoquer auparavant.

c) Aspects législatifs

Il est dit que : "Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires" (*Article 25 - La Déclaration universelle des droits de l'homme*, 1948) Cet article met en avant le droit au soins, qui est un droit pour tous.

En tant qu'IDE, notre profession est régie par des lois et codes. Ces derniers permettent à la fois de nous protéger en tant qu'IDE mais également de protéger les patients.

"L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale. Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge." (*Article R4312-11 - Code de la santé publique - Légifrance*, 2016)

"L'infirmier amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, ne serait-ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, sous réserve de l'accord de l'intéressé, il en informe l'autorité judiciaire. S'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, l'accord de l'intéressé n'est pas nécessaire" (*Article R4312-17 - Code de la santé publique - Légifrance*, s. d.)

"Tous les établissements de santé doivent contribuer à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins requis par son état de santé. Aucune personne ne doit être l'objet d'une quelconque discrimination

que ce soit en raison de son état de santé, de son handicap, de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de ses opinions politiques, de sa religion, de sa race ou de ses caractéristiques génétiques.”
(*Charte de la personne hospitalisée*, s. d.)

Nos connaissances d'un passé délétère d'un patient, ne doit en aucun cas impacter sa prise en soins

2. Gestion des émotions

a) Définition des émotions

Les émotions sont omniprésentes dans notre quotidien. Leur gestion peut parfois être délicate dans notre vie personnelle ou professionnelle

Mettre des mots sur ce qu'est une émotion n'est peut-être pas ce qu'il y a de plus simple. Cependant, comme le dit « Despret » “ l'émotion n'est-elle pas ce que nous connaissons tous ? Comment prétendre qu'on ne sait pas ce qu'elle est alors que notre culture se singularise par l'intensité de son intérêt pour elle ?” (2001, p. 16). Il me paraît indispensable d'avoir conscience et connaissance des émotions que nous ressentons du fait qu'elles régissent notre comportement et notre manière de réagir face à une situation.

Le Larousse nous dit des émotions qu'elles correspondent à un “trouble subit, agitation passagère causée par la surprise, la peur, la joie, etc.” (1999, p. 624). La définition appuie sur le fait qu'elles s'accordent à être une réponse face à notre environnement. Le concept de trouble évoqué, nous amène à une vision floue et complexe de ce que l'on peut ressentir.

Il existe cinq émotions fondamentales : “la joie, la peur, la colère, la tristesse, le désir” (Lainé & Roy, 2004, p. 24) Ces émotions régissent notre quotidien. Leur expression dépend de ce à quoi nous sommes confrontés et la manière de les exprimer n'est pas universelle, elle est propre à chaque individu. Le rapport que nous avons avec nos émotions fait partie de ce que nous avons de plus personnel.

La colère fait partie des émotions qui peuvent nous mettre en difficulté en tant qu'IDE. D'après Mercadier, “la colère non maîtrisée, non gérée, non dépassée, glisse soit vers la violence, soit vers le sentiment d'impuissance” (2002, p.58) C'est ce glissement vers la violence qui nous interroge dans cette étude. Pour éviter que cette situation ne se produise, il est intéressant de comprendre cette colère et de chercher son origine. Lainé & Roy nous expliquent que “la colère révèle un conflit ou une insatisfaction, elle peut servir à signaler un problème sous-jacent” (2004, p. 25). Le terme de souffrance sous-jacente est également présent dans la définition de Benghozi de l'agressivité vu précédemment (II.1.a). Il est indispensable pour nous, en tant qu'IDE, d'investiguer sur l'origine de cette colère. Que ce soit celle du patient ou la nôtre, en tant que soignant, dans une situation de soin. Le contexte de l'hospitalisation peut être mal vécu, anxiogène, pour le patient. En remontant à l'origine du problème, il nous sera plus facile d'essayer de trouver une solution, qui limiterait le risque que la situation se reproduise et améliorerait le

vécu de l'hospitalisation du patient. Pour le soignant, l'origine d'une quelconque agressivité, personnelle ou professionnelle, doit être comprise pour ne pas la laisser impacter notre travail.

Une autre émotion peut également s'avérer présente lors d'une prise en soins complexe : l'aversion. D'après le dictionnaire Larousse elle se définit comme un "sentiment d'antipathie violente, voire de répulsion, ressenti par quelqu'un à l'égard d'une personne ou d'une catégorie de personnes" (Larousse, s. d.-a) L'aversion est en lien étroit avec le dégoût...

- "le dégoût s'imisce au cœur de nos perceptions, de nos jugements, de nos relations pour nous conduire au rejet du « répugnant »
- les individus ressentiraient plus intensément un dégoût moral lorsqu'autrui est victime d'un acte immoral et plus de colère lorsqu'ils sont eux-mêmes concernés." (Abitan & Krauth-Gruber, 2014)

Enfin ce dont il faut se méfier c'est, comme le dit Manoukian, le fait que "les émotions sont contagieuses." (2008, p.136) Dans le cas d'une situation où un patient se montre agressif ou violent, la réaction immédiate du soignant pourrait être de répondre de manière également agressive ou violente. Ne pas laisser l'émotion du patient impacter les nôtres est une forme de protection que nous nous devons d'avoir, autant pour nous que pour le patient.

Les émotions restent subjectives, elles dépendent de l'individu et alors d'une vision du monde propre à lui. La vision du monde que nous avons, nous amène à se faire nos propres représentations de l'environnement qui nous entoure.

b) Représentations personnelles

Les représentations qu'ont les individus, ici les soignants ou les patients, vont avoir un rôle essentiel sur la relation qui va se créer. « La représentation est une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place). » Abric (1999) (6-1) (Formarier, 2007). Cette manière de voir ce qui nous entoure peut alors être tout autant bénéfique, qu'attentatoire.

Dans la relation de soins, il faut alors se méfier de ces représentations, de nos représentations. Il est indispensable d'en avoir conscience puisque "stigmatisées, elles peuvent être à l'origine de stéréotypes."(Formarier, 2007). Et dans le cadre d'une prise en soins, il ne peut être accepté que les stéréotypes que nous avons, impactent la relation que nous sommes amenés à créer avec notre patient. Cela fonctionne aussi de manière générale, en société.

De plus, comme le dit Curchod “ Un des mécanismes qui conduit à des difficultés relationnelles entre personnes soignées et personnes soignantes, ou les renforce, repose sur la présence de jugement de valeurs. (...) Ces étiquettes sont parfois à l’origine de relations d’emblée tendues. (...) C’est le cas également lorsque des soignants affichent des stéréotypes envers certains malades (...) Origines ou conséquences, ces jugements et les étiquetages qui les accompagnent sont porteurs de stigmates. Ils peuvent être annonciateur de discrimination et d’exclusion” (2018, p. 32). Le jugement évoqué est tout à fait ce que nous cherchons et devons éviter en tant que soignant, notre rôle n’étant pas de juger mais bien de soigner. En plus de nos valeurs personnelles, les valeurs professionnelles ont également un rôle primordial dans nos prises en soins.

c) Valeurs professionnelles

Les valeurs professionnelles sont ce qui donne un sens à notre pratique. En tant que soignant, il est vrai que ces valeurs, essentielles, sont au cœur de notre métier, et ce dès le début de notre formation.

Comme l’écrit Christine Le Bihan dans son cours sur la relation d’aide, celle-ci requiert de la part des soignants de “se décentrer de soi, d’être dans l’intentionnalité, avec la volonté d’écouter, être disponible affectivement, être présent, trouver la bonne distance” (2021). Elle décrit ici les valeurs et la posture qui se doit d’être adoptée par les soignants.

L’Ordre des Infirmiers du Québec en a fait une liste. En passant par l’intégrité, le respect de la personne, l’autonomie et la compétence professionnelle, il évoque l’excellence de soins ainsi que la collaboration professionnelle et l’humanité”(Valeurs de la profession infirmière, s. d.). Bonnet ajoute à cela que “ le soignant doit être non seulement discret, respectueux, humble, tolérant et prévenant mais aussi poli, empli de sollicitude, tout en restant motivé” (2015, p. 333)

Malgré les diverses attentes que nous pouvons avoir envers les IDE sur les valeurs qu’elles doivent porter, il peut s’avérer difficile de les respecter dans certaines situations.

Un élément qui rentre en compte lors de ces situations complexes sont les émotions des soignants, qui sont amenées à être au cœur de leur prise en charge.

d) Gestion des émotions du soignant

Il peut arriver qu’un conflit entre représentations personnelles et valeurs professionnelles ait lieu et ce dernier peut s’avérer inconfortable pour le soignant. Ses émotions peuvent alors être mises à l’épreuve et leur gestion sera donc indispensable.

Dans un premier temps, essayons de définir cette notion. Il est dit dans le dictionnaire Larousse que le verbe « Gérer » correspond à une “Action de gérer des affaires / Période pendant laquelle quelqu’un gère une affaire” (1999, p. 833). Jusque-là, la définition ne donne qu’un aspect matériel de la gestion. Cela se passe-t-il de la même façon pour les émotions ?

Dans un cadre professionnel, la gestion de nos émotions ne peut être prise en compte de la même manière qu’au quotidien. En tant que soignant, il y a certains attendus de la part de nos patients sur nos compétences relationnelles. Comme le dit Martine Schachtel “L’infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions, ne pas laisser paraître la peur, l’angoisse, le dégoût, la pitié.” (2002, p.213) Est alors mise en évidence la notion de devoir de l’IDE. Nous nous devons, en tant que soignant, de ne pas laisser percevoir nos émotions. Cependant, devons-nous vraiment le faire, et ce dans toutes les situations rencontrées ? Mais également, pouvons-nous le faire ? Sommes-nous tous en capacité de trouver le bon équilibre entre indifférence et attachement ?

“Les émotions présentent deux caractéristiques : elles sont rapides et nous ne les choisissons pas, elles s’imposent à nous. Le choix est dans ce que nous faisons de cette émotion” (Lainé & Roy, 2004, p. 28) Nous pouvons alors comprendre qu’une gestion des émotions ne correspond pas à ne plus rien ressentir mais plutôt de savoir les accueillir, les comprendre, et adapter notre réaction en fonction du contexte. L’équilibre entre les différentes émotions peut être difficile à trouver, et ce tout au long d’une carrière IDE. “Raymond (IDE) se bat contre la maladie, mais aussi contre lui-même pour ne pas se laisser affecter par la maladie des autres, sans pour autant être indifférent” (Mercadier, 2002, p.267). C’est là toute la complexité de la relation avec un patient ; savoir où s’arrête notre rôle en tant que professionnel de santé, quelle implication émotionnelle doit rentrer en compte. Une limite que l’on peut évoquer est celle entre l’empathie et la sympathie. D’après le Larousse, l’empathie correspond à la “faculté intuitive de se mettre à la place d’autrui, de percevoir ce qu’il ressent” (1999, p. 374). D’un autre côté, la sympathie équivaut à la “participation à la joie ou à la douleur, sentiment de bienveillance” (1999, p. 982). La nuance qui se joue entre les deux notions est la distance émotionnelle que nous mettons avec le patient. Nous nous devons par exemple de percevoir la tristesse d’un patient pour pouvoir l’accompagner sans pour autant ressentir nous-même ce sentiment de tristesse.

Il existe certains mécanismes de réponse de la part des soignants qui sont mis en place, justement dans le but de se protéger. Dans un premier temps, “l’indigence apparente correspond à ce que les infirmières elles-mêmes appellent “se blinder”” (Mercadier, 2002, p.71). Cela peut s’expliquer par la crainte qu’une situation nous atteigne plus qu’il ne le faudrait et pour prévenir cela il est indispensable d’avoir une distance adaptée et suffisante. Le même auteur ajoute à cela, “qu’il nous apparaît que tous les soignants ne combinent pas de la même façon leur rôle de soignant et leur identité. Faire la distinction entre le rôle et l’identité contribue à la séparation avec le monde des malades, et permet de dissocier monde hospitalier et mon extérieur.” (Mercadier, 2002, p.65). Il est également important d’évoquer un

changement de mentalité des soignants qui s'est suivie d'une " rupture avec une conception du métier fondée sur la vocation, conception qui confond la personne et la profession." (Mercadier, 2002, p.267) Cette dissociation évoquée pourrait faire partie des clés permettant de mettre de la distance entre son environnement professionnel et personnel. Ne pas s'identifier uniquement par son rôle professionnel, ici soignant, mais également comme personne à part entière, pourrait permettre ne pas se laisser submerger par des situations complexes que l'on rencontre en service.

Il peut également être important, lorsque nous sommes amenés à faire face à ces situations au quotidien, de travailler sur soi. Comme le dit Curchod, "prendre soin de soi constitue un impératif pour se maintenir en santé et soigner avec humanité"(2018, p. 240). Il ajoute à cela que prendre soin de soi "implique de développer une juste conscience de ses besoins pour rechercher un équilibre entre les dimensions professionnelles et personnelles de son existence."(Curchod, 2018, p. 245) Nous serons amenés à faire face à des situations complexes, qui pourraient nous atteindre plus que prévu. Il est alors indispensable d'avoir les clés pour y réagir de manière adaptée. L'auteur complète ses propos en disant que "soigner avec humanité impose une confrontation permanente avec soi-même et à autrui"(Curchod, 2018, p. 240)

3. Relation soignant- soigné

a) Définition

Tout d'abord qu'est-ce qu'une relation ?

Selon Manoukian la relation peut être décrite comme "une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires.". Il ajoute à cela "qu'au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens" (2008, p.9/10). Cette rencontre entre, au moins deux personnes, se caractérise par son contexte de développement. Cet environnement est alors primordial à prendre en compte lors de l'analyse d'une relation, ici entre soignant et personne soignée.

Chacune de nos relations est singulière et mobile dans le temps, et cela s'explique effectivement par le fait des multiples facteurs qui entrent en compte : "les facteurs psychologiques (...), les facteurs sociaux(...), les facteurs physiques" (Manoukian, 2008, p.9)

Nous sommes en permanence en relation avec notre environnement, c'est en d'autres termes le lien que nous avons avec notre entourage. "Celles-ci utilisent différents supports, tels que les mots, les gestes, les mimiques, les positions du corps, les attitudes" (Manoukian, 2008, p.8) L'auteur met ici en avant la multitude de moyens d'être en relation avec autrui. Si jamais les deux protagonistes sont en désaccord avec les supports établis, cela peut être à l'origine de conflits.

La relation avec l'autre est essentielle lors du soin. Ces relations de soins, il en existe plusieurs qui peuvent entrer en jeu. D'après Formarier, il y a dans un premier temps "la relation de civilité". Cette interaction répond, consciemment ou non, à des obligations sociales pour le soignant, comme la politesse et la courtoisie ; ensuite s'installe "la relation de soins". Malgré qu'elle pourrait englober les autres relations, à elle-seule, elle va être essentiellement de type informatif ; que ce soit sur des temps formels ou informels. Dans un second temps, il existe "La relation d'empathie". Elle est indispensable pour comprendre la situation que peut vivre le patient et donc d'y réagir de manière adaptée. L'écoute sera alors au cœur de cette relation. Il peut ensuite intervenir "la relation d'aide psychologique". Le rôle du soignant sera d'évaluer l'état psychologique du patient et d'adapter la relation en fonction de ses besoins à cet instant. "La relation thérapeutique" rentre également en compte dans toute prise en charge mais va avoir cependant un rôle prééminent dans les projets de soins thérapeutiques en psychiatrie. Tout aussi indispensable, "la relation éducative" tient son rôle. Utilisée au quotidien par les soignants, elle peut avoir divers objectifs. La compréhension de sa pathologie ou de ses traitements, l'autonomie sur la prise des traitements et donc de s'assurer son observance etc... Et enfin, "la relation de soutien social". L'aspect social est indispensable à prendre en compte dans le but de prendre en soins le patient dans sa globalité. (Formarier, 2007)

Le soin se définit comme les "moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade" (Larousse, 1999, p. 947). Il implique donc inévitablement une mise en relation entre le soignant et la personne soignée. Comme l'explique Manoukian, "afin d'établir un climat de confiance il est indispensable de mettre en pratique certains concepts comme l'authenticité et l'empathie." (2008, p. 58) Selon Curchod, "il n'y a pas de soins sans l'établissement de relations entre des êtres humains, dont certains demandent-plus ou moins explicitement- à être soigné, alors que d'autres ont la mission de répondre aux besoins de santé de la population" (Curchod, 2018, p. 4)

Dans un premier temps, "Le soignant cherchera avant tout à accompagner et soutenir le patient dans son questionnement plutôt que de lui répondre." (Manoukian, 2008, p.57) Le rôle du soignant est d'être présent pour le patient, de l'accompagner, comme il l'est dit, dans ce contexte qui peut être difficilement vécu. Le principal n'est pas d'avoir toutes les connaissances et de limiter les échanges à cela, il est indispensable d'évaluer les besoins du patient, tant dans la compréhension de ce qui lui arrive que des besoins relationnels. C'est suite à cette analyse que la relation établie sera adaptée.

"L'affectivité est l'élément central. Nous pouvons dire qu'elle est au cœur des relations, soit pour les fonder, soit pour les souder, soit pour les défaire." (Manoukian, 2008, p.9) Cette affectivité doit cependant avoir des limites posées. Comme le dit Dejours " l'affectivité est au fondement de la subjectivité. -(1998 p 30) " (Mercadier, 2002, p.43) C'est pourtant l'objectivité qui est demandée de la part des soignants. Certes, l'affectivité peut être requise lors du fondement de la relation, sans pour autant entrer dans la subjectivité, qui signifierait un dépassement des limites établies.

b) Impact du conflit sur la relation

Les conséquences de la dégradation de la relation soignant-soigné peuvent être multiples. Comme nous l'explique Curchod, divers aspects et acteurs peuvent être atteints : les soignants, les personnes soignées, communément soignant et soigné, les membres de l'équipe ainsi que la société et les institutions. Nous allons principalement nous attarder sur les trois premiers aspects abordés.

Pour le soignant, cela peut engendrer un sentiment de culpabilité ou de honte si leur conscience désapprouve leur pratique. De plus, une baisse de motivation et un épuisement professionnel peuvent apparaître à la suite de relations de soins difficiles. Pour les personnes soignées, un conflit peut impliquer une qualité de soins moindre, engendrer des maltraitances. Psychologiquement, il est possible de développer des attitudes de protection, comme le repli, ou encore l'appréhension de nouveaux soins et/ou soins. Les deux peuvent également être mutuellement impactés. Par exemple, le développement d'états internes non-aidants (colère, frustration, ...) et des comportements inadéquats (agressivité...) peuvent survenir. Une perte de confiance mutuelle peut alors s'installer et des stratégies de contrôle sont mises en place. Ils peuvent également ressentir de l'impuissance, de la culpabilité, du désarroi, un sentiment de solitude et d'insécurité. (Curchod, 2018, p. 31)

c) La juste distance

Selon le psychologue clinicien Pascal Prayez " Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise distance avec un patient, on parle davantage de distance juste ou injuste" (Martin, 2021, p.64) En évoquant la notion de justesse, l'auteur met en avant qu'il n'y a pas de règle universelle à suivre pour avoir une relation de confiance avec son patient. Il est pour cela indispensable de trouver un équilibre dans cet échange qui est propre avec chaque patient.

" Instaurer la bonne distance avec la personne soignée n'est pas inné pour un soignant" (Martin, 2021, p.64) A travers ses dires, l'auteur appuie sur le fait que cette bonne distance peut se travailler sur le temps et probablement l'expérience. Cette "bonne distance" peut se trouver dans un équilibre adéquat entre aspect personnel et professionnel. Une situation qui nous affecte au niveau personnel, ou alors, une situation en milieu professionnel avec laquelle nous n'exprimons pas d'empathie et une communication insuffisante sont signe d'un déséquilibre au sein de la relation. D'après Mercadier, " tous les soignants ne combinent pas de la même façon leur rôle de soignant et leur identité." (2002, p.265) Il est vrai qu'en tant qu'individu, associer profession et identité propre peut avoir des conséquences complexes. Si la dissociation n'est pas suffisante, cela pourrait engendrer un risque pour le soignant. Un risque d'être submergé par les événements.

Comme l'écrit Mercadier, les IDE souhaitent "rompre avec la conception du métier, fondée sur la vocation, conception qui confond la personne et la profession." (Mercadier, 2002, p. 267) A travers ces

dire, on ressent le besoin des IDE de se détacher de cette conception de l'IDE dont la dévotion à son travail ne lui permet plus de s'y dissocier.

Pour conclure, “ La juste distance permet donc de se protéger, aussi bien en tant que professionnel de santé que vis-à-vis du patient” (Martin, 2021, p. 64). Nous pouvons donc dire qu'elle reste indispensable au bien-être des deux protagonistes de la relation.

III. Le dispositif méthodologique du recueil de données

Au cours de mon parcours de stage, j'ai eu l'occasion de rencontrer de multiples professionnels de santé. Cela m'a permis de remarquer les divergences d'opinions qui existaient au sein des services de soins, en fonction des professionnels ainsi que des domaines concernés.

Suite à la rédaction du cadre théorique, il a fallu que je me tourne vers un outil d'investigations. Ce fut des entrevues semi-directives, à l'aide d'une grille d'entretien. Cette dernière s'est basée sur le cadre théorique afin de pouvoir confronter les dires des auteurs et ceux des professionnels. Les questions sont classées par thèmes, avec un objectif défini propre à chacune.

L'objectif principal, derrière la rencontre d'IDE de deux domaines différents, est de comparer le point de vue d'une IDE ayant choisi d'être confrontée à des patients auteurs de méfaits et une IDE n'ayant pas eu ce choix, pour lequel cette prise en charge spécifique peut s'avérer ponctuelle. Les entretiens ont été menés auprès de deux infirmières diplômées d'Etat (IDE). Une IDE du service UHSI (Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale) ainsi qu'une IDE en chirurgie d'orthopédie septique.

La prise de contact a été faite par le biais de ma formatrice référente qui a contacté, à la fois le service de l'UHSI et l'IDE en chirurgie orthopédie. Ces entretiens se sont déroulés dans l'enceinte de l'IFSI. Cela permettait de les réaliser après leur service au CHU et moi à la suite de mes cours. Le consentement pour l'enregistrement des entretiens a été demandé pour les deux entretiens, ainsi que l'accord pour les enregistrements. Ces derniers ont été enregistrés avec mon téléphone ainsi qu'un magnétophone.

Les points forts de ces entretiens sont dans un premier temps l'implication des infirmières dans l'échange que nous avons eu. Elles se sont investies tout au long des entretiens, afin de me répondre avec authenticité. Dans un second temps, l'intérêt d'avoir recueilli l'avis de deux infirmières issues de domaines différents est ressorti dans leurs points de vue sur le sujet.

A contrario, j'ai tout de même rencontré certaines difficultés du fait de la réalisation des entretiens. Dans un premier temps en fonction de l'IDE, les réponses étaient plus ou moins développées, ce qui limite les données à analyser par la suite. Elles pouvaient également être très spécifiques à un domaine, dans le cas de l'UHSI, ce qui ne rendait pas les réponses universelles. A propos de l'IDE en chirurgie, elle m'a partagé le fait qu'elle n'avait pas fréquemment rencontré de patient auteur de violence dans leur passé et que donc ses réponses n'étaient pas aussi riches qu'elle aurait souhaité.

Il existe également une limite aux résultats du fait que le point de vue de deux infirmières diplômées d'état ne peut pas représenter un avis universel à tous les soignants.

IV. Analyse descriptive des entretiens - Discussion

Au cours des entretiens ont été posés des objectifs en fonction du cadre théorique afin de pouvoir confronter les dires des auteurs ainsi que des professionnelles interrogées.

1) La violence

Dans un premier temps a été abordé la notion de violence. D'après Ronai, cette violence "s'installe dans un rapport inégal" entre les deux protagonistes de la relation. Cette notion de rapport est indispensable à avoir d'après-moi pour comprendre les comportements à la fois de la personne auteur de la violence mais également de la victime. Ce rapport de force amène l'auteur de violence à être dans le contrôle de la situation.

Les infirmières ont pu distinguer les violences physiques et verbales, en fonction de leur manière de s'exprimer. Ces différentes formes de violences avaient été énoncées par la Fédération des Maisons d'Hébergement pour Femmes. La violence physique y apparaît en tête et la verbale est décrite comme la "plus oubliée". En avoir connaissance permet de ne pas se focaliser uniquement sur la violence "physique" mais également d'ouvrir l'œil sur certaines qui peuvent s'avérer plus discrètes ou banalisées dans notre société. En tant que soignant, on peut être amené à être en première ligne concernant le repérage de ces violences, domestiques ou non. Il faut alors avoir connaissance des ressources que nous avons, en fonction de la situation rencontrée, pour pouvoir apporter son aide à la victime.

L'IDE en orthopédie définit la violence comme pouvant « *altérer la personne* ». Son objectif serait donc de porter atteinte à autrui à travers « *des gestes violents* » et/ou des « *mots grossiers* » par exemple. Benghozi le rappelle également en définissant la violence comme "intrusive et porte atteinte à l'intégrité de l'autre". Il me semble indispensable de comprendre l'origine des comportements que peut avoir un individu pour pouvoir adapter notre réponse face à lui, dans un contexte hospitalier ou non. La connaissance de son origine va nous permettre de nuancer violence et agressivité. Benghozi nuance ces deux notions puisque d'après lui leur objectif n'est pas le même. Contrairement à la violence qui veut "porter atteinte", l'agressivité va-elle être "une forme d'appel". Malgré le fait que les manifestations peuvent être similaires, l'intention est différente. La solution ne sera alors pas la même. Dans le cas d'une prise en charge, notre approche soignante sera elle aussi différente. Le contexte de l'hospitalisation peut aussi amener certains patients à faire preuve de violence ou d'agressivité. C'est un contexte particulier où les patients sont fatigués, plus ou moins algiques, des diagnostics peuvent être posés, ou en attente d'être posés, après la réalisation d'exams complémentaires, jusqu'à mise en œuvre d'un traitement. L'accumulation de ces différents paramètres peut en partie légitimer un comportement impatient avec de l'agressivité, non pas dans l'intention de s'en prendre au soignant mais un reflet de ce qu'ils ressentent. Cela ne doit cependant pas persister et

si l'intention est de porter atteinte au soignant, il faut alors adopter une autre stratégie d'accompagnement. Lorsqu'il y a possibilité d'échanger avec le patient agressif, une posture d'écoute et la quête d'une solution au problème qu'il nous exprime peut alors être mise en place. D'un autre côté, si l'intention du patient est d'atteindre avec violence le soignant, il vaut mieux prendre du recul avec la situation et repasser plus tard, dans les limites de la réalisation des soins.

Le contexte peut également impacter le concept de violence qu'on rattache au patient. Par exemple à son arrivé : « *un patient qui, s'il a besoin de policiers, peut être violent* ». Dans le cadre de l'UHSI, « *on ne sait pas pourquoi ils sont incarcérés* », cependant les soignants savent qu'ils sont souvent « *incarcérés pour cela* » en parlant de la violence. Notre rôle en tant qu'IDE sera alors de prendre du recul sur ces situations et de trouver le positionnement le plus adapté envers les patients. Ces idées qu'on rattache à un individu peuvent être faites de manière inconsciente. Ce qui va être important, c'est de savoir qu'est-ce qu'on fait de cette information. Les divergences de violences dont ont pu faire preuve les patients vont également avoir son rôle dans la PEC. Par exemple, en fonction de l'homicide commis, « *on n'a pas à faire au même personnage* ». Un "degré de violence" peut alors être posé par les soignants. Attention cependant à ce que ce degré ne vienne pas impacter la qualité de la prise en charge.

2) La prise en charge du patient auteur de violence

La prise en charge d'un patient auteur de violence dans son passé peut, d'après moi, être qualifiée de particulière. Certaines différences vont être notables par les soignantes interrogées. Celles-ci prédominent sur l'unique similarité évoquée. Une différence sur le vécu des soignants est marquante. Les infirmières s'expriment à travers leurs propos : « *je ne pourrais pas dire qu'on est indifférente* ». Il me paraît tout à fait cohérent de ne pas être l'être face à un patient dont le profil sort lui-même de l'ordinaire. L'inverse m'aurait surpris. En tant que soignant, il me semble nécessaire d'avoir conscience de ça, pour justement rester à l'écoute de ce que l'on ressent et adapter notre comportement.

L'organisation va elle aussi être différente dans le cadre de l'incarcération. De plus, une répercussion sur le relationnel du soignant est remarquable. L'infirmière l'illustre notamment par le fait qu'elle « *cherchera moins à discuter avec eux* ». N'ayant pas été confrontée à plusieurs reprises avec ce genre de situation, je pourrais dire qu'il me paraît important d'avoir un relationnel tout aussi riche avec chaque patient, ayant un passé violent ou non. Je le pense. Mais en me projetant en tant que future professionnelle, j'entends qu'en fonction de certains profils de patient, il peut être plus délicat de se montrer tout autant dans l'échange. Enfin, la manière de prendre en charge le patient se retrouve également impactée puisqu'elle est dite comme « *complètement différente* ».

Malgré toutes ces divergences dues à la connaissance du passé violent du patient, une similarité a été exprimée par les deux infirmières : « *le soin reste le même* ». Et c'est pour moi l'essentiel. Pour chaque

prise en charge, le contexte sera différent et nous serons amenés à être plus ou moins en difficulté pour diverses raisons. Cependant, l'élément qui se doit d'être constant, est la qualité des soins que nous prodiguons. Pour cela, il est essentiel d'être à l'écoute de soi et de connaître ses limites. Le risque encouru serait de perdre ses moyens et de laisser la situation à la fois nous impacter, ainsi que la prise en soin du patient.

3) Aspect législatif

Concernant l'aspect législatif, il me paraît important de revenir sur les différents textes évoqués dans le cadre théorique.

Dans un premier temps à propos de l'article R4312-11 du Code de la Santé publique, on comprend que la prise en soins doit être faite avec la même conscience et attention pour tous les patients. Notre pratique se base sur ces principes essentiels. L'article R4312-17 du Code de la Santé Publique se rapproche également de celui-ci, mais concerne uniquement les personnes privées de liberté ; ici, dans le cadre de l'incarcération. Il me semble important d'avoir conscience de l'existence de ces textes puisqu'ils abordent divers aspects de notre pratique et posent un cadre ainsi que des limites pour les IDE. Ces textes régissent notre pratique et nous avons le devoir de les respecter.

S'ensuit la charte de la personne hospitalisée, qui concerne les établissements de santé. Cela permet à nouveau de poser le cadre, cette fois-ci à l'ensemble des intervenants dans la prise en soins et ne se limite pas aux IDE. Ce droit à la non-discrimination se doit d'être respecté pour l'ensemble des personnes hospitalisées.

Lors de mes entretiens, j'ai eu l'occasion d'interroger les infirmières à propos de l'aspect législatif, dans le cadre d'une prise en soins particulière. Ces dernières ont chacune évoqué un autre domaine que les soins IDE. Ont été abordés l'encadrement dans le domaine des soins en psychiatrie ainsi que concernant les pénitenciers. Cependant, au sujet de la prise en soins IDE de personnes auteur de violence elles ne savaient pas quels textes étaient concernés. L'infirmière à l'UHSI l'illustre en disant qu'il existe "*des textes de loi pour les pénitenciers, mais pas pour les soignants*". Il est vrai qu'il peut être compliqué d'avoir connaissance des textes de lois régissant notre pratique. Ces derniers ne sont pas tous abordés au cours de notre formation. Certains le sont cependant comme la loi Kouchner ou la loi Leonetti-Claeys dans le cadre de l'UE 1.3 S4.

Elle ajoute à cela : "*tant qu'on est surveillé par un pénitencier on est obligé d'apporter de l'aide*".

Cela expose la place omniprésente qu'on les pénitenciers dans la prise en soins, et une part de dépendance des soignants pour pouvoir procurer ses soins. Il est vrai que dans certains contextes le travail en collaboration peut avoir ses limites et inconvénients.

4) Impact de la relation soignant-soigné

Concernant cette PEC particulière, les soignantes ont évoqué des éléments qui faisaient qu'elles étaient plus ou moins impactées. Les soignants semblent plus affectés par les situations auxquelles ils peuvent être confrontés ou par la réalisation des soins dans certaines conditions. Ces mêmes conditions peuvent avoir une incidence pour la réalisation des soins. Cette PEC va induire certains questionnements sur leur pratique, ainsi que leurs valeurs. Le respect de ces valeurs est indispensable puisqu'elles peuvent être à la fois des attentes de la part des patients mais également en tant que soignant, nos valeurs, sont ce qui donne un sens à nos pratiques. Bonnet énonce que le soignant doit être respectueux, tolérant etc... Mais certaines situations mettent à mal ces valeurs et il peut être compliqué de les respecter, c'est pour cela qu'il est indispensable qu'un questionnaire s'en suive. Celui-ci va permettre de mettre un sens à notre pratique et d'en ressortir ce que nous pouvons apprendre de cette situation qui à pu nous mettre en difficulté.

Le besoin de se protéger est également notable par les professionnelles : *“il faut être sur ses gardes”* dit une d'entre elles. Mais de quoi faut-il se protéger ? Du patient en lui-même ? De l'impact que peut avoir cette prise en charge à postériori ?

Lorsque cette PEC s'est avérée complexe, et qu'elle n'est pas en corrélation avec le soin que les soignantes auraient préféré dispenser, il peut arriver que celles-ci ressentent de la *“culpabilité”*, ou encore de la *“frustration”*. Ces ressentis montrent l'implication émotionnelle des infirmières ainsi que l'impact personnel que peut avoir une telle PEC. Une d'elles exprime également la nécessité d'avoir *“presque une double personnalité”* pour faire face à cette situation. Il peut s'avérer compliqué pour nous soignants de faire face à un véritable conflit entre nos valeurs professionnelles et notre pratique dans le cadre d'une prise en soins particulière. A côté de cela, elle évoque que la connaissance du passé violent ici les raisons de l'incarcération, *“ça trouble un peu le soin”*.

Cette PEC complexe n'est cependant pas toujours impactée dans son ensemble. L'infirmière évoque la capacité des soignantes d'être douées d'un bouton *“ON-OFF”* permettant de mettre de côté toutes les pensées pouvant nuire à la PEC. Cela s'avère très utile d'après moi afin de garantir un soin de qualité malgré une prise en soins qui nous met émotionnellement en difficulté. Cela limite l'impact sur le patient mais également pour nous en tant que soignant. Ce bouton « ON-OFF » doit pourtant avoir ses limites, et en avoir conscience est indispensable. Lorsque ces limites seront dépassées, et que nous ne serons pas en capacité de prendre en charge un patient avec une qualité suffisante, il faudra alors l'accepter. L'acceptation de ne pas être en capacité d'atteindre la perfection dans notre pratique est ce qui fait ressortir la maturité d'un soignant et la conscience qu'il a de sa pratique. Le soin pourra alors être adapté et des ressources déployées.

5) Conseils sur la gestion des émotions

En termes de conseils sur la gestion des émotions, chacune a su distinguer des éléments qui leur semblaient indispensables. A la suite d'une prise en soins ayant pu bouleverser leurs émotions, l'IDE exprime à plusieurs reprises l'importance d'en parler, "*en équipe*" par exemple. Il ne faut "*pas garder ses émotions pour toi*", puisque cela pourrait induire un "*impact sur toi, sur ta vie personnelle*", et c'est ce qu'on va chercher à éviter.

A côté de cela Martine Schachtel dit que "l'infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions". Le devoir que l'infirmière a face à une situation est mis en avant, mais alors comment savoir si nous devons retenir nos émotions ou justement les exprimer ? De plus, si nous nous devons de savoir les retenir, est-ce toujours dans nos capacités de le faire ? D'après moi, nous avons effectivement le devoir d'une certaine rétention émotionnelle face à une situation qui nous met en difficultés. Les patients attendent de nous d'avoir un rôle de soutien et d'empathie et non de sympathie. Ils doivent pouvoir compter sur nous et pour cela notre posture se doit d'être assez "solide". Cependant, à posteriori, il peut être bénéfique d'en échanger avec des collègues par exemple. Dans un premier temps, cela permet d'extérioriser des pensées accumulées, mais également d'entendre d'éventuels conseils et soutiens de la part de personnes ayant pu être confrontées à des situations similaires. C'est à travers ces temps d'échange de l'on apprend. Une réflexion personnelle peut également s'en suivre. Comme l'IDE l'évoque, le questionnement qui peut suivre une situation nous ayant mis en difficulté, a un réel intérêt. Cette gestion des émotions est décrite comme "*inhérente à chaque personne*", et il peut arriver que certaines situations "*résonnent en nous*" et impactent la sphère personnelle. Dans ce cas-là, il faut essayer de prendre assez de recul pour se préserver, en tant que soignant mais également en tant qu'individu. Curchod écrit que "soigner avec humanité impose une confrontation permanente avec soi-même et autrui". En tant que soignant, cette confrontation est amenée à nous mettre dans l'inconfort. Cependant, pour prendre soin de soi, nous devons prendre de la distance avec ce sentiment d'inconfort, ne pas le laisser s'installer. Et pour savoir comment le faire, l'auteur nous dit que ce cela "implique de développer une juste conscience de ses besoins". Nos besoins sont fondés sur nos expériences passées, personnelles et professionnelles, notre caractère etc... Tout ce qui fait que nous sommes nous. C'est ce qui la rend authentique d'ailleurs et que certains conseils peuvent s'avérer universels, mais pour d'autres ils doivent être trouver par nous-même.

L'expérience de la soignante va également avoir un rôle primordial puisque d'après elle ce sont les "*années qui font prendre de la distance*". Il requiert "*d'avoir de la bouteille*" ainsi qu'un "*certain charisme*" pour faire face à des situations dites complexes. Cette expérience va effectivement permettre de connaître ses besoins comme évoqué ci-dessus, et de connaître les limites à poser avec le patient. Notre pratique s'enrichit avec les situations auxquelles nous sommes confrontés.

Comme l'exprime l'infirmière, certaines compétences et traits de caractère peuvent s'avérer indispensables pour réagir de manière adaptée à une situation. Certains mécanismes peuvent

également être mis en place, avec le temps ou non. Mercadier évoque l'indigence apparente qui peut s'installer dans le comportement des infirmières qui sont amenées à "se blinder"

En plus de ça, elle évoque que certains services peuvent plus ou moins mettre en difficulté certaines infirmières. Cela s'explique par le fait qu'il y a des services pouvant être émotionnellement plus éprouvants et qu'il est indispensable d'en avoir conscience. Se mettre en difficulté dans un service qui n'est pas adapté à notre "profil" soignant risque d'induire des conséquences à la foi sur nous mais également sur les prises en charge que nous faisons.

6) Intérêts de la gestion de nos émotions

L'intérêt pour le soignant concernant la gestion de ses émotions prévaut sur l'intérêt pour le patient d'après les professionnelles interrogées. Les IDE évoquent également les conséquences de l'incapacité à gérer ses émotions. Curchod explique que divers aspects et acteurs peuvent être atteints en cas de dégradation de la relation soignant-soigné : les soignants, les personnes soignées, communément soignant et soigné, les membres de l'équipe ainsi que la société et les institutions. Cette liste permet de montrer l'ampleur que peut avoir un conflit dans la relation, les différents protagonistes qui entrent en jeu.

Dans un premier temps l'infirmière exprime que cette gestion des émotions "*permet aussi de se protéger*". Le loquet ON-OFF évoqué ultérieurement rentre également en compte ici puisqu'il permet de se dire "*je ne suis pas touchée, je ne suis pas touchée*". Suite à cela l'IDE mentionne également l'importance de la distance entre les deux protagonistes de la relation, mais aussi la distance avec la situation.

Cette distance est évoquée à plusieurs reprises par les IDE. C'est un outil qu'utilisent les soignants pour se protéger, une sorte de bouclier que l'on déploie face à une situation pouvant nous atteindre. Comme l'a dit Martin : "La juste distance permet donc de se protéger, aussi bien en tant que professionnel de santé que vis-à-vis des patients." L'auteur ajoute que cette distance est également dans l'intérêt du patient.

Également concernant le patient, l'IDE dit : "*Prendre un peu du chagrin de l'autre, ça sert à quelque chose*." Il est important de se montrer présent et empathique pour la personne. Cela peut permettre de la soulager du poids qu'engendre le chagrin qu'elle a. La justesse de la distance est alors primordiale puisqu'on parle à la fois de distance et du fait de se montrer présent. L'équilibre peut alors être délicat à trouver, mais c'est pourtant ce qui va nous permettre d'avoir une posture adaptée à la situation rencontrée. A contrario "*Pleurer avec ça ne sert à rien*" ajoute l'infirmière en chirurgie orthopédique. Et c'est cette limite qu'il faut se donner pour rester dans l'intérêt du patient et ne pas involontairement porter atteinte à lui et/ou à la situation.

D'après l'auteur Curchod, dans le cas d'un conflit dans la relation avec le soignant, la personne soignée peut développer des "attitudes de protection, comme le repli, ou encore l'appréhension de

nouveaux soins”. Les conséquences sont alors bien réelles pour elle, il faut donc préserver notre patient autant que possible pour que le vécu de l’hospitalisation soit le plus confortable pour lui. Ces attitudes de protection peuvent amener à des refus de soins par exemple, ce qu’on va chercher à limiter dans l’intérêt du patient.

En plus de porter atteinte au patient, l’IDE exprime que cela peut aller jusqu’à impacter la PEC des autres patients mais également la dynamique d’équipe/la relation que l’on a avec ses collègues. Ce témoignage conforte les dires de Curchod, concernant les différents intervenants touchés par une mauvaise gestion de ses émotions. Cela peut aller jusqu’à impacter d’autres patients et l’équipe.

Lorsque l’impact nous dépasse, en tant que soignant, c’est ce qui correspond pour moi à une limite qu’il faut éviter de franchir. Les autres patients ne sont pas responsables des difficultés que l’on rencontre avec un autre patient. Si jamais nous nous retrouvons en incapacité de poursuivre correctement la prise en charge de notre secteur, c’est le moment d’après moi de faire intervenir les ressources que nous avons. Pouvoir déléguer à une collègue par exemple. Pour cela il faut bien entendre, remarquer, assumer et accepter les difficultés que l’on rencontre. Ce n’est pas un travail facile et l’on peut s’en rendre compte à distance de la situation.

7) Objectivité de la relation soignant-soigné

Les IDE ont chacune exprimé divers conseils permettant une prise en charge la plus objective possible, avec dans un premier temps la relation soignant-soignée et d’un autre côté le soignant à part entière.

La distance est l’élément qui ressort le plus. A plusieurs reprises, il est dit que “*garder la distance*” avec la situation, à plus ou moins long terme, permet de limiter une certaine subjectivité dans la prise en soins. Mais comment savoir quelle distance aborder ? Selon le psychologue Pascal Prayez “Il n’y a pas de bonne ou de mauvaise distance avec un patient, on parle davantage de distance juste ou injuste”. Cette justesse que l’on doit trouver avec notre patient rend cette relation d’autant plus délicate. Tellement de facteurs peuvent être pris en compte, et c’est pourtant l’exigence que l’on va attendre de nous en tant que soignant.

Ensuite la communication entre les deux protagonistes est également un outil à cette objectivité et ce pour “*garder la confiance que le patient a mis en toi*”. La communication est un peu à double tranchant concernant la distance. A l’origine du lien avec notre patient, ce sera à travers notre communication que nous pourrons poser le cadre adéquat. Avoir un lien de confiance avec notre patient sera indispensable pour garder une qualité de soins mais également dans l’intérêt du ressenti du patient, mettre trop de distance avec lui risque de porter atteinte à cette relation.

Est également évoquée la place de l’expérience du soignant dans son domaine. Comme l’a exprimé Martin : “instaurer la bonne distance avec la personne soignée n’est pas inné pour un patient.”

L’expérience joue bien entendu un rôle primordial dans cette gestion. Avec le temps, on apprend à se

connaître, personnellement ainsi que professionnellement. Et cette conscience de soi que l'on acquiert avec le temps, sera la clé d'une gestion des difficultés, adaptées à nos besoins. A propos de la distance, l'expérience va également jouer du fait que l'on apprend de ses erreurs/maladresses. Tout au long de notre pratique, il faudra garder un regard critique sur ce que l'on fait de bien mais également sur ce que l'on pourrait améliorer.

Lorsqu'une situation nous dépasse, l'IDE évoque à nouveau l'importance de verbaliser, en équipe par exemple. Cette objectivité peut également être facilitée lorsque l'IDE fait preuve de "*savoir être*" et de "*contrôle*". Il est vrai que certaines compétences peuvent être requises dans le cadre de situations pouvant s'avérer compliquées. Tant dans l'intérêt du patient que pour le soignant, garder une maîtrise de soi est indispensable.

Dans le cadre de l'incarcération, l'IDE appuie sur l'intérêt du cadre pour le patient. "*Ce côté ferme et contrôlant, ça permet de garder beaucoup ses émotions.*" Cela est probablement applicable dans d'autres services.

8) Représentations personnelles

Les professionnelles interrogées ont abordé l'impact des représentations personnelles sur la relation soignant-soigné, ainsi que des conseils pour essayer de le limiter, à la fois sur le soin et sur le soignant, et enfin le rôle que peut avoir la connaissance du passé du patient.

Dans un premier temps, est ressorti à plusieurs reprises de la part de l'IDE, l'importance de ne pas y penser. Elle va même jusqu'à dire "*je m'interdis d'y penser*" justifiant que cela puisse constituer la "*seule façon d'y arriver*"; d'arriver à ne pas laisser les représentations personnelles que l'on a à propos d'un patient influencer sur notre relation avec celui-ci.

Pour y arriver, elle propose de mettre "*une autre image*" ou alors une "*autre idée*" là-dessus. Cela est inhérent à chaque personne, elle précise que chacun à sa propre "*petite recette*" pour ne pas laisser ses représentations prendre le dessus. Cette gestion de nos représentations est vraiment personnelle, d'autant plus qu'elle dépend également de la situation rencontrée. Il est indispensable d'après moi de se connaître assez en tant que soignant pour savoir quelle posture adopter. Il n'y a pas toujours de règle universelle en termes de gestion de nos émotions, il faut savoir ce qui nous convient. Ne pas y penser va avoir pour intérêt pour le soignant de se protéger. Cette gestion est indispensable puisque sinon il pourrait y avoir un impact à la fois sur le soin ou sur le soignant.

Concernant nos représentations, Formarier dit que si elles sont "stigmatisées", elles peuvent être à l'origine de stéréotypes"; d'où l'importance de ne pas leur laisser prendre assez d'ampleur dans la relation afin que des stéréotypes n'émergent.

Concernant le soin, l'IDE exprime qu'il lui est arrivé de "*plus du tout avoir envie de faire attention à la douleur induite par mon pansement ou ma perfusion*". N'ayant pas été confrontée à une situation m'ayant mis dans une telle difficulté, il me paraît anormale qu'en tant que soignant l'attention à la

douleur ne soit pas instinctive. Cependant, je respecte cette infirmière pour la conscience de sa pratique et qui l'assume à posteriori du soin. Ce questionnement prouve que ce n'est pas dans ses habitudes et que cela l'interroge de n'avoir pas suffisamment prêté attention au patient. Cela requiert de l'humilité, qui me paraît essentiel d'avoir en tant que future infirmière. Pour les soignants, l'IDE exprime que c'est "*une lutte perpétuelle*" de "*garder ces valeurs tout le temps*".

Les représentations personnelles peuvent s'avérer compliquées à assimiler pour les soignants, cela n'est pas sans risque pour la relation avec le patient. Comme l'a dit Curchod les "difficultés relationnelles entre personnes soignées et personnes soignantes (...) reposent sur la présence de jugement de valeurs." La relation que nous établissons avec nos patients est partie intégrante de notre pratique. Si celle-ci est mise à mal par des jugements de valeurs, il pourrait s'agir d'une erreur professionnelle à éviter le plus possible d'après moi.

La connaissance du passé violent d'une personne soignée peut induire un changement dans la pratique des infirmières aboutissant à ce qu'elles ne se reconnaissent plus dans leurs agissements professionnels. La place du passé joue également un rôle important. L'IDE espérait que "*ça prendrait toute la place*", le fait qu'ils aient "*très souvent un passé catastrophique*". Mais elle explique être vite "*rattrapée par la réalité, par les représentations sociales*." La réflexion de cette infirmière me semble être en corrélation avec celle que j'ai pu me faire au travers de mon expérience, n'ayant pas été confrontée à des patients incarcérés. C'est pour cela que je trouve son retour tout aussi authentique que sincère, j'arrive à me projeter dans les difficultés qu'elle a pu rencontrer.

A la fin de l'entretien, l'IDE trouvait important de revenir sur les représentations. Elle rappelle qu'il peut arriver que nos représentations soient "inévitables". Dans ce cas-là, il faut "*essayer de ne pas s'arrêter sur le papier*". Cela implique de faire un travail sur soi. Nous sommes acteurs de notre prise en charge, et donc de ce que nous laissons l'influencer. Cela peut s'avérer difficile à respecter, il est essentiel de s'interroger pour rester professionnel.

9) Ressources

Une PEC complexe peut nous amener à réagir différemment. Dans ce cas, connaître ses limites va être indispensable. Comme le dit l'IDE, assumer "*que je ne gère pas la situation*" permet de se protéger à la fois soi-même ainsi que le patient. D'après moi accepter qu'une situation nous mette en difficulté requiert de l'humilité et de la maturité. Ces qualités sont indispensables pour être IDE puisqu'elles vont garantir que la soignante a pour intention d'avoir la meilleure PEC possible, et mesure lorsqu'une de ses limites est franchie. Sa pleine conscience de la situation va alors permettre de chercher à y remédier. Un soignant lucide avec sa pratique est un soignant qui connaît ses points forts ainsi que ses axes d'amélioration. Ne pas chercher à se mettre en difficulté, c'est également savoir se préserver de certaines situations. Pour le patient, cela peut également être un risque dans les prises en soins prodiguées. Lorsque l'IDE évoque son attention à la douleur concernant la réalisation

d'un pansement, cela reflète une prise en charge de la douleur moindre et donc un soin moins confortable pour le patient. Cela ne peut pas être ignoré et doit absolument être évité.

Il peut donc arriver qu'une situation nous dépasse. Dans ce cas-là, il est important de connaître les ressources auxquelles nous pouvons faire appel. Les IDE énoncent les collègues comme la ressource qui prédomine sur les autres professionnels pouvant intervenir ainsi que la connaissance de leurs propres limites. Pouvoir compter sur ses collègues lors ou suite à une PEC complexe permet de pouvoir passer la main. Cette "*cohésion d'équipe*" est effectivement à nouveau exprimée lors de la clôture de l'entretien et marque son importance pour la soignante. L'IDE en orthopédie évoque également le cadre de santé en tant que ressource vers laquelle son équipe peut se tourner. Il peut avoir un rôle d'intermédiaire, ainsi que d'écoute active à la fois pour son équipe et pour le patient. Sa préoccupation sera de trouver une solution à ce dossier qui met en difficulté un membre de son équipe. Dans le cas où déléguer une situation à sa collègue ne suffit pas ou que celle-ci requiert d'autres professionnels, l'IDE évoque le cadre de santé ou les agents de sécurité en tant qu'autres professionnels pouvant intervenir.

V. Conclusion

Alors que se clôture ce travail de recherche, je repense à la situation déclenchante de toute cette réflexion, ainsi qu'à d'autres expériences que j'ai pu vivre, dans les stages que j'ai suivis, ayant nécessité une attention particulière sur la gestion de mes émotions.

Grâce aux écrits recueillis dans le cadre conceptuel, ainsi que l'analyse des entretiens menés, j'ai pu comprendre la complexité de la relation entre le soignant et la personne soignée. Celle-ci est dépendante du contexte, et lorsqu'une gestion des émotions entre en compte pour le soignant, celle-ci peut se retrouver fragilisée. Cela a renforcé mon idée que l'approche que nous avons avec notre patient, est soignant-dépendant. Face à une situation complexe, il n'y a pas particulièrement de règle universelle à suivre pour avoir une réaction adaptée. Il y a bien entendu des conseils, qui ont pu être évoqués par les professionnelles interrogées. Mais notre posture s'adapte en fonction de nos besoins, qui sont propres à chaque soignant.

Ce travail de réflexion m'a permis de réaliser que le comportement que j'ai adopté face au patient, pour un stage en première année, se rapprochait de celui retranscrit au cours des entretiens. Les soins de confort ont été réalisés de la même manière, bien que j'ai bien eu conscience du passé du patient. J'ai également cherché des ressources à la suite de cette situation, du fait que j'avais besoin d'un avis extérieur. Cela me conforte dans l'idée que je me suis faite du soin au cours de ma pratique, et l'importance d'apprendre de chaque situation qui nous questionne ou nous a questionné.

Initialement, je pensais qu'il serait indispensable d'oublier ce que le patient avait pu faire dans son passé pour pouvoir le prendre en soins. Les infirmières sont revenues sur le fait que cela pouvait être un outil mais que ce n'était pas toujours possible. Dans ce cas-là, il s'agit de connaître nos besoins et d'agir en conséquence. La connaissance de ces besoins vient en partie avec l'expérience de la soignante, ce qu'elle a pu retirer des questionnements qui ont suivi des situations passées. Ont été évoqués l'importance d'en parler autour de soi, en équipe par exemple, ainsi qu'avoir connaissance des ressources que nous avons dans le service. J'ai également pris conscience que la juste distance que nous devons trouver avec nos patients était propre à chaque prise en soins. Cette distance dépend de tout un contexte de soins, qui se doit d'être adapté aux deux protagonistes de la relation. J'ajouterai aussi car je ne l'ai pas approfondi dans ce travail, l'importance de faire preuve de réserve. L'importance de prendre de la distance quant aux informations données par la famille, la nécessité de ne pas prendre fait et cause pour la femme du patient qui est à l'origine de mon questionnement et qui a induit mon comportement. Si je devais en tant que soignante, être la confidente de faits de violence relatés par un proche d'une personne soignée, savoir à qui faire appel.

Ce travail, à travers les recherches théoriques et les réponses des professionnelles, m'aura permis de trouver certaines solutions aux nombreuses problématiques que je me posais initialement.

Tout au long de ce travail, j'ai appris à connaître ce dont je pouvais avoir besoin en tant que future professionnelle. J'ai compris ce que je voulais garder de toute cette réflexion, afin d'être

l'infirmière que je souhaite devenir ; une infirmière dont les valeurs personnelles et professionnelles seront toujours au bénéfice du patient, tout en se protégeant.

Je me suis retrouvée en difficulté face à la rédaction de ce travail, car novice avec ce type d'exercice. De plus, la documentation concernant la prise en charge d'un patient auteur de violence dans le passé m'a également posé souci. Je me retrouvais régulièrement face à des ouvrages concernant la violence des patients durant l'hospitalisation envers le personnel soignant ou de la documentation des passés des patients en milieu carcéral.

En lien avec mon travail effectué, je tiens à le clôturer sur une question de recherche :

Quelles informations mises dans le dossier patient pourraient s'avérer inutiles ou délétères à leur prise en soin ?

VI. Bibliographie

OUVRAGES

- Bonnet, M. (2015). Valeur du soignant, un coup de dés jamais ne devra abolir l'équilibre. *Gestion Hospitalière*, 547, 333.
- Curchod, C. (2018). *Prévenir et dénouer les conflits dans les relations soignants-soignés* (2e éd. Entièrement mise à jour). Elsevier Masson.
- Larousse (Éd.). (1999). *Le petit Larousse grand format 2000*. Larousse.
- Manoukian, A., & Massebeuf, A. (2008). *La relation soignant-soigné* (3e éd). Lamarre.
- Lainé & Roy (2004) *Du bon usage des émotions au travail*. ESF éd. CEGOS
- Mercadier, C. (2002). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : Le corps au coeur de l'interaction soignant-soigné*. S. Arslan.
- Despret, V. (2001). *Ces émotions qui nous fabriquent : ethnopsychologie de l'authenticité*
- Schachtel, M. (1991) *J'ai voulu être infirmière*. Albin Michel

REVUES NUMÉRIQUES

- Benghozi, P. (2010) La violence n'est pas l'agressivité : une perspective psychanalytique des liens. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 55 (2)
<https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2010-2-page-41.htm>
- Steinberg, N. (07/2021) Les enfants, victimes à part entière des violences conjugales. *Soins* 66 (857) [https://doi.org/10.1016/S0038-0814\(21\)00206-1](https://doi.org/10.1016/S0038-0814(21)00206-1)
- Ronai, E. (2021) Connaître les violences faites aux femmes pour mieux les accompagner. *Soins* 66 (857) <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0038081421002036>
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>
- OIIQ. *Valeurs de la profession infirmière*. (s. d.)
<https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>

ARTICLES

- Martin, L. (2021). LA JUSTE DISTANCE AVEC LE PATIENT. *L'infirmière*, 7, 64-66.

TEXTES DE LOIS

- *Article R4312-11—Code de la santé publique—Légifrance*. (2016, novembre 28).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496818
- *Article R4312-17—Code de la santé publique—Légifrance*. (s. d.) (2016, novembre 28)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033496788?init=true&page=1

&query=R+4312-17&searchField=ALL&tab_selection=all

- *La Déclaration universelle des droits de l'homme*. (1948). <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
- *Charte de la personne hospitalisée* (2006)
sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

COURS

- Le Bihan, C. (2021) *La relation d'aide* - UE 4.2 S3 Soins relationnels
- Costiou, G. (2022) - *La Loi Léonetti et la fin de vie* - UE 1.3 S4 Législation, éthique, déontologie

VII. Annexes

- A) Grille d'entretien
- B) Retranscription entretien n°1
- C) Retranscription entretien n°2
- D) Tableaux d'analyse
- E) Abstract

A) GRILLE D'ENTRETIEN

Cadre de l'entretien :

“Je suis étudiante en 3ème année de soins infirmiers. Je vous rencontre aujourd’hui dans le cadre de mon mémoire de fin d’étude. Cet entretien est nécessaire à la réalisation de ce dernier et sera utilisé afin de pouvoir l’analyser et le confronter aux données théoriques que j’ai auparavant récoltées. Ce dernier sera anonyme. Acceptez-vous d’être enregistré ?”

OBJECTIFS	QUESTION
La soignante	
Connaître le parcours professionnel	Quel est votre parcours professionnel ?
Patient auteur de violence	
Obtenir la définition de la violence	“ Comment est-ce que vous définiriez le terme de violence ?” “Vous est-il arrivé de prendre en soins un patient ayant fait preuve de violence, en amont de son incarcération ?” “Quels types de violences ?”
Savoir si une différence se fait dans la PEC d’un patient auteur de violence	“ Qualifiez-vous votre prise en soins de différente, lors de la connaissance du passé violent d’un patient ?”

Connaître la place de l'aspect législatif dans la prise en soins	“D’après vous, y a-t-il des textes de loi qui régissent la prise en soins des patients ayant été l’auteur de violence ?”
Gestion des émotions	
Savoir l’impact de nos représentations sur notre pratique	“ Avez-vous déjà rencontré des difficultés pour soigner un patient pour lequel vous aviez connaissance d’un passé violent ? “ Quel impact cela a eu sur vos émotions et votre vécu de la prise en soins ?”
Obtenir des conseils sur la gestion des émotions de la part d’une professionnelle	“Auriez-vous des conseils à donner à une infirmière tout juste diplômée sur cette gestion des émotions ?”
Mesurer l’importance de la gestion des émotions dans la pratique infirmière	“En quoi la gestion des émotions est indispensable pour être infirmière ?”
Relation soignant -soigné	
Obtenir des conseils permettant d’avoir une PEC objective	“ Dans un contexte qui s’avère complexe, quels conseils donneriez-vous afin de garder une prise en soins objective ? » <i>afin de ne pas impacter la relation que nous avons avec le patient</i>
Savoir comment réagir et les ressources que l’on a en cas d’une PEC complexe	“Vous est-il déjà arrivé de devoir passer la main à un collègue face à une PEC qui vous était difficile ?”
Ouverture	“Avez-vous quelque chose à ajouter ?”

B) RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°1 - IDE UHSI

ESI : Quel est votre parcours professionnel ?

IDE 1 : Mon parcours professionnel est un petit peu atypique. J'ai été auxiliaire puéricultrice jusqu'à l'âge de 43 ans. J'ai travaillé à Paris pendant 15 ans. Puis, par mutation, je suis arrivée au CHU de Rennes en 2002. En 2008, j'ai intégré l'école d'infirmières du CHGR de Rennes. J'ai été prise en charge par le CHU, parce que j'avais quand même 43 ans, une maison, des enfants. Je suis sortie de l'école d'infirmière à 46 ans. Je suis donc diplômée depuis 12 ans.

ESI: D'accord. Super.

IDE 1: Et depuis, à la sortie de l'école, j'ai pris un poste aux urgences. Nous n'avions pas vraiment le choix, on nous proposait certains postes. Je voulais techniquer parce que je considérais n'avoir rien appris à l'école en matière de technique. Et au bout de deux ans aux urgences j'ai postulé pour un poste en médecine interne polyvalente, ici sur le CHU, juste au-dessus des urgences, ça s'appelle l'UMIP. Le COVID-19 est arrivé, nous l'avons pris en pleine face, nous, l'UMIP, parce que nous avons été le premier service à accueillir les patients COVID-19. Nous avons été fermés à cause du COVID-19 pendant plus d'un an, nous n'avions que des patients COVID. Et en 2021, je voyais bien que j'étais à la limite, c'est bien après que je me suis rendue compte que j'étais sûrement en burn out. Il y avait l'histoire de la réserve sanitaire qui passait par là. Et là je me suis engouffrée dans la brèche et je me suis dit, il faut que je fasse quelque chose, il faut que je fasse autre chose, que ça bouge. Et d'ailleurs, j'ai envoyé une lettre à la direction. La direction est passée ce jour-là dans le service. Et en fait, je n'avais plus de filtres, je crois. Et à la fin de la réunion, j'ai pris la parole et j'ai dit, bon, vous voyez, vous avez des agents qui se sont démenés depuis deux ans sous COVID, qui n'ont pas de retour. Moi, par exemple, je demande à aller à la réserve sanitaire et je suis bloqué là-bas. Elle m'a dit "Votre nom, votre prénom" et je suis partie en réserve sanitaire en septembre 2021, pour 15 jours, en Martinique. Et puis, quand je suis revenue, j'avais déjà postulé au poste de l'UHSI, peu importe je ne l'ai pas eu, il y avait quelqu'un d'autre qui était plus disposé à occuper le poste. Et donc on m'avait tellement dit : "Mais c'est sûr que tu vas avoir le poste, c'est sûr que c'est pour toi, c'est fait pour toi." Je ne m'étais même pas posé la question d'un refus. Mon entretien s'est très bien passé. Et comme je n'avais pas de nouvelles, j'ai appelé, j'ai appelé, et puis un jour on m'a dit : "Mais non, mais en fait, il y a quelqu'un qui a le poste." Je me suis dit, ce n'est pas possible, je ne peux pas continuer. Mon apport en oxygène c'était "C'est bon, je vais changer de service. C'est bon, je vais changer de service." C'est le rythme de la course, c'est un travail très dur. Très entraînant, mais très dur l'UMIP. Je savais que j'allais m'en sortir, car j'allais à l'UHSI. Et là, ça m'a reboosté pendant un an. J'ai réussi à rester encore un an à l'UMIP. Et puis il y a un autre poste qui s'est présenté à l'UHSI, qui était de 50 % sur les détentions,

c'est-à-dire les prisons des femmes et des hommes, le CRA, le Centre de Rétection à Saint-Jacques et 50% l'UHSI. Donc en fait, j'ai occupé ce poste pendant trois mois. J'ai fait 50% sur les prisons et 50% à l'UHSI. Et au bout de trois mois, quelqu'un est parti travailler en Cardio, qui était à l'UHSI, à 100%. J'ai pris un boulot à 100% à l'UHSI. En février, cela fera deux ans que je suis dans le pôle détention.

ESI: Ok très bien. Très riche. La première question, qui s'appuiera un peu plus sur le sujet. Vous est-il déjà arrivé de prendre en soins un patient ayant fait preuve de violence avant son hospitalisation ? Et si oui, quel genre de violence a fait preuve le patient ?

IDE 1: D'accord. Ils sont souvent incarcérés pour cela. Donc, soit les actes de violence, c'est le motif de leur incarcération, soit le motif de leur hospitalisation à l'UHSI sous couvert d'incarcération. Et puis aussi des patients violents en détention. En prison, il y a des bagarres tous les jours, il y a des coups de couteau tous les jours, il y a des mâchoires fracturées sans arrêt, il y a beaucoup de violence. Ils viennent chez nous parce qu'ils en ont subi ou parce qu'ils en ont fait subir.

ESI: Et dans les types de violences, ce sera soit sur l'hôpital, soit sur l'incarcération, soit sur le but de leur incarcération.

IDE 1: Soit c'est un homicide, soit c'est quelqu'un qui a fait un homicide. Il y a des homicides avec une arme à feu où ils tirent et ça y est, c'est fini, la personne est décédée. Et il y a des homicides où il y a 40 coups de couteau. Ont à pas à faire au même personnage.

ESI: Vous savez pourquoi ils sont incarcérés ?

IDE 1: Non, on ne sait pas pourquoi ils sont incarcérés. On sait juste pourquoi ils sont hospitalisés.

ESI: Est-ce que vous qualifiez votre prise en soins de différente lors de la connaissance de ce passé violent du patient ?

IDE 1: Les prises en charge sont complètement différentes. Mes soins pour le patient seront les mêmes. Mais l'organisation est complètement différente. Il y a beaucoup de parasites dans l'incarcération. Dans un autre service, lorsque je dois faire un soin chez un patient, je vais dans mon poste de soins, je prends mon matériel, je vais dans la chambre du patient, je fais mes soins, et je pars. Personne ne sait ce que je viens de faire. J'ai fait mon travail, point final. Cela ne concerne que moi et le patient. Alors qu'en incarcération, il faut préparer son soin, aller chercher les surveillants pour leur demander d'ouvrir la porte. Encore faut-il qu'ils soient disponibles et qu'ils veulent ouvrir la porte à ce moment-là. Il faut donc négocier. Il faut avoir beaucoup de savoir-être. Et puis ils ouvrent la porte et

attendent que vous fassiez vos soins. Vous pouvez donc imaginer que plus vous le faites vite, plus tout le monde est heureux. Cela change donc la façon dont nous prenons en charge les patients.

ESI: Et selon vous, existe-t-il des textes juridiques qui encadrent la prise en soins des patients auteurs de violences ?

IDE 1: Je suis désolé, je ne pense pas qu'il existe de textes de loi qui encadrent cette prise en charge. Des textes de loi pour les pénitenciers, mais pas pour les soignants. Tant qu'on est surveillé par un pénitencier, on est obligé d'apporter de l'aide.

ESI: Oui c'est ça. Je crois l'avoir vu, mais c'est des articles vraiment généraux sur l'égalité de soins, on va dire, entre tous les patients, mais pas spécialisés là-dessus.

Avez-vous déjà rencontré des difficultés à soigner un patient pour lequel, justement, on avait connaissance de ce passé violent, et du coup, quelles sont les difficultés, que ce soit au niveau des émotions ou du vécu de la prise en charge ?

IDE 1: On rencontre sans arrêter dès difficultés. Sans arrêt on prend sur soi. Parce que déjà on est pas censé savoir ce qu'ils ont fait, ça c'est évident. Après avec l'expérience malheureusement ont fini par savoir que si le patient vient de tel ou tel centre de détention ont va plus avoir à faire à qui a fait de la pédophilie, à quelqu'un qui a frappé sa femme... Il y a des centres de détention, où il y a eu des "petites frappes", des petite dealers, petites bagarres, et puis il y a des centres de détention où tous les pédophiles, tous les gens qui commettent des actes de barbarie, les grands meurtriers, comme on dit, sont tous dans le même centre de détention. Alors quand ils arrivent de ce centre de détention, on sait qu'ils ne sont pas forcément super sympas. Il faut être sur ses gardes. Donc forcément, ça trouble un peu le soin. Même si, vraiment, je pense qu'il y a quelque chose chez les soignants. J'ai réalisé avec un sociologue qui étudie le traitement des patients sous chimiothérapie en prison en France, vient chez nous. Il m'a dit que c'était incroyable. Tu es au centre de soins, tu parles de ce que tu as appris, parce qu'il y a des fuites, il faut arrêter de mentir, il y a inévitablement des fuites, selon lesquelles ce patient a fait des choses absolument innommables. Alors tu es, entre deux collègues, à vous dire que c'est insupportable d'entendre ça, c'est trop dur. Et puis à ce moment-là, le patient sonne parce qu'il a besoin de quelque chose, et là tu réponds à la sonnette, vous entrez dans la chambre comme si vous n'aviez jamais parlé de ce patient. Et je pense que nous sommes doués avec, je ne sais pas comment le dire, le ON-OFF. A partir du moment où j'entre dans la chambre du patient, j'ai vraiment mis le OFF, je ne pense pas du tout aux raisons pour lesquelles il a été incarcéré quand je le sais. Les seules fois où ça me parasite, encore ce matin, c'est lorsque le patient me parle de pourquoi il est là. Évidemment, je suis obligé de lui répondre, je ne peux pas dire "monsieur je ne veux rien savoir", parce que bien sûr que ça lui fait du bien d'en parler à quelqu'un d'autre qu'à un avocat, un juge... Il me raconte la version de

l'histoire qu'il veut bien me raconter, je la prends, je l'entends. Mais en attendant la violence qu'il à donnée moi je me la prend et parfois c'est compliqué de faire abstraction de ça. Et à côté tu dois rester concentré sur "est -ce que si je mets ma pince comme ça, ça va lui faire mal?". Nous devons avoir presque une double personnalité.

ESI: Oui, c'est plutôt dans ces cas-là que ça va impacter les émotions. Quand on y est directement confronté.

IDE 1: Exactement, oui. C'est plutôt comme ça.

ESI: Auriez-vous des conseils à donner à une infirmière prochainement, ou tout juste diplômée sur cette gestion des émotions, de manière générale, mais également dans un service plus spécifique ?

IDE 1: Conseil? C'est compliqué, parce que donner des conseils... Il faut être assez fier de soi pour en donner. Maintenant, pour le vivre, je pense que c'est un service, je ne pensais pas ça avant, c'est un service où il ne faut pas de jeunes diplômés. Je vois à quel point elles sont en difficultés et à quel point tout le monde est en difficulté. Parce que forcément, dans les gros caïdes, une jeune fille de 20 ans viendra dans leur chambre pour faire un soin, ils l'intimident. Les surveillantes aussi ne peuvent pas forcément faire confiance à la soignante dans ce cas là, ma une infirmière qui a de la bouteille, qui a une certaine personnalité, un certain charisme, une voix ferme, un truc qui dit à l'autre, "non, mais ne me fais pas peur" on ira beaucoup plus facilement rentrer dans les soins, ça se négocie moins... Et en fait, jeunes diplômés, c'est pas facile, on apprend, on ne sait pas faire, on rentre dans la chambre et on sait qu'on a mettre quelque chose en place, ou un pansement qu'on n'a jamais fait, qu'on n'a jamais vu, on ne veut surtout pas que le patient se rende compte qu'on ne l'a jamais fait. Et en même temps, nous avons un patient qui est devant nous, n'attend que la chute.

C'est doubler la difficulté des jeunes diplômés, de les mettre dans des services comme ça. Je ne trouve vraiment pas cela bienveillant du tout. Cela met le jeune diplômé en difficulté, et nous, et également pour patient car il voit qu'il déstabilise la personne. Je trouve que ce n'est pas du tout un endroit pour un jeune diplômé.

Après, pour donner des conseils sur la gestion des émotions, je pense que c'est inhérent à chaque personne. En tant qu'infirmière, nous sommes d'accord sur le fait que nous avons le droit , il faut cesser on est plus avec les bonnes sœurs et la cornette, où il fallait tout garder pour nous. Au contraire, quand on a un patient, j'ai vu des décès et tout ça, avoir des familles, on est dans un autre cadre, la famille ne s'est jamais sentie plus soutenue que lorsque l'infirmière en face d'elle montrait un peu d'émotion. On ne va pas pleurer avec la famille, ce n'est pas du tout pour ça, mais je ne sais pas montrer, dire que c'est difficile, j'ai connu ça, même si ce n'est pas vrai, cela permet juste à l'autre de dire : Ah, elle comprend. Donc, la gestion des émotions, il faut garder un certain sérieux, une certaine

distance. Mais nous sommes humains, nous restons humains. Il y a des histoires qui résonnent en nous, ça nous ferait pleurer. Et parfois on pleure, il ne faut pas rêver. Parfois, nous sommes dans une position, cela m'est arrivé plusieurs fois. J'ai eu les larmes aux yeux quand je suis dans une famille et je sens que ça monte, et ça descend, et ça monte. Parce que ça ramène beaucoup de choses personnelles. Mais c'est inhérent au métier. C'est pourquoi nous sommes soignants.

Et c'est pour ça que les gens aiment les soignants, parce qu'ils savent que les soignants ont... Bon, sous la blouse, il y a un cœur, c'est complètement... stupide ce que je dis, mais c'est vraiment ça. Ils savent qu'ils vont être écoutés, ils savent qu'ils seront entendus, ils savent que l'infirmière est gentille. Il y a un truc comme ça, l'infirmière est aux petits soins, ce n'est pas grave. Le bienveillant, forcément, il y a de l'empathie là-dedans.

Il y a donc de la gentillesse. Les émotions, oui, il faut garder ses distances. Après, en gardant la distance, je pense malheureusement, qu'on apprend avec la vie. On apprend avec la vie. Quelqu'un qui n'a jamais vécu le deuil, qui n'a jamais... Mais c'est normal quand on est jeune, tant mieux, tant mieux. Mais vous ne saurez pas vraiment ce que ressent l'autre si vous ne l'avez pas vécu vous-même quelque part. Se mettre à la place de l'autre c'est une chose, vous, c'est ce que vous faites en tant que jeune diplômé, vous essayez de vous mettre à la place de l'autre. On vous disait que c'était très douloureux de perdre un enfant, alors vous vous mettez à la place de l'autre, perdre un enfant. Et puis le jour où tu auras toi-même un enfant, si tu en as un, tu te dis, mais comment survivre à ça ? Et vous vous souvenez qu'en fait, en tant que jeune diplômé, vous avez eu ce moment, dites-vous, mais je n'étais pas adapté, en fait, je n'étais pas adapté. Mais ce sont les années qui font prendre de la distance.

ESI: Ça rejoint un petit peu ce dont on vient de parler mais, cette gestion des émotions, en quoi est-elle essentielle d'être infirmier ?

IDE 1: Pour être infirmière, en général ?

ESI: En général, oui.

IDE 1: Bon, pour la gestion des émotions, on en parlait tout à l'heure, c'est indispensable car pleurer avec ça ne sert à rien. Oui c'est ça. Pleurer avec ça ne sert à rien. Prendre un peu de la du chagrin de l'autre, ça sert à quelque chose. Mais pleurer avec lui, ça n'enlèvera rien à son chagrin, ça va juste en faire un peu plus.

ESI: Et puis pour le soignant aussi.

IDE 1: Oui il va pas se sentir aidant du tout. Et puis la gestion des émotions permet aussi de se protéger. De mettre le ON-OFF, des fois il y a des situations qui sont tellement difficiles, qu'il faut

mettre le loquet “je suis pas touchée, je suis pas touchée”, et finalement ça passe. Il faut être à la bonne distance, comme on dit.

ESI: Oui c'est ça.

IDE 1: Vous devez la trouver.

ESI: Oui, c'est exactement ça. Ma question est un peu longue, mais dans un contexte complexe, par exemple, quels conseils donneriez-vous pour garder une prise en charge la plus objective possible, afin de ne pas impacter cette relation avec le patient ? Pour garder cette objectivité.

IDE 1: Avec un détenu, par exemple, avec un détenu agressif ou qui refuse ce jour-là les soins.

ESI: Voilà, rester objectif le plus possible.

IDE 1: Oui, restez le plus objectif possible. Comment faire? Comment rester objectif ? La distance, encore une fois. Gardez la distance. rappeler les fait précédents. Par exemple, si vous refusez un pansement, répétez les bienfaits du pansement. “Depuis 15 jours, vous portez le pansement, et ça va mieux. La plaie est beaucoup plus jolie, elle est cicatricielle.” Et puis “eh bien, vous voyez, ce serait mieux de le faire tous les jours.” Il faut vraiment s'imprégner de la chose, il faut énormément de savoir être, le contrôle, et puis, c'est comme je le dis toujours, il faut vraiment garder la confiance que le patient a mis en toi, il ne faut pas la perdre, c'est ça qu'il ne faut pas perdre. Donc, ce que dit le patient, il faut le prendre au sérieux. Ce qu'il dit, même si c'est un peu n'importe quoi, devant lui, vous le prenez au sérieux. Vous l'écoutez. “Eh bien, oui, je vous écoute.” Et puis, encore faut-il analyser ce qu'il dit, parce qu'il ne disent pas que des bêtises, mais il faut vraiment qu'il se sente pris au sérieux. Dans la gestion des émotions. S'il prétend déjà quelque chose, et que vous, “oui, fin bon, vous l'avez déjà dit ça hier” il va perdre pied, il va être agressif. Il va se lancer dans le champ de l'agressivité, car c'est sa seule défense. Alors que si vous dites :”Ah, eh bien, que se passe-t-il ? Que se passe-t-il aujourd'hui? Je ne comprends pas. Hier c'était comme ça, et aujourd'hui...”

Il faut ramener ça au présent, au sérieux. Et puis, je pense que, malheureusement, sur ces patients, cela semble assez improbable. Je vois la relation que je suis capable de créer avec les patients en détention. C'est une histoire de maternité. C'est incroyable, mais souvent la prise en charge maternelle voire la sanction maternelle, ça les cadre. nous sommes bien mieux en mesure de prodiguer des soins efficaces à ces patients lorsque nous sommes cadrans. Parce qu'en fait, ce sont des gens qui sont en détention depuis 10 ou 15 ans, donc ils sont habitués au cadre. Et soudain, quelqu'un arrive, tout en rondeur, ils ne comprennent plus, donc ils ne savent même plus quelle attitude adopter.

Alors que si c'est quelqu'un qui est assez ferme, qui explique bien les choses, qui prend les choses au sérieux, qui explique avec des mots simples, qui utilise le langage de l'autre. Il y en a un qui me disait qu'il avait "mal au cul". Si je lui dis qu'il a quelque chose au niveau de la marge anale, il ne comprendra pas. Alors je lui dis "alors vous avez mal au cul". Et là, il se sent écouté. J'agis en conséquence. Mais si je ne répète pas ce qu'il vient de me dire, il va se mettre en colère, en fait. Parce qu'il va penser que je ne le comprends pas. Il faut donc vraiment adapter son langage pour éviter qu'il ne monte en agressivité.

ESI: D'accord.

IDE 1: Quand on est déstabilisé, parce que ça peut arriver quand il met un gros coup de poing dans le mur et que vous vous dites "enfaite ce coup de poing il aurait pu arriver sur moi" faudrait pas prendre mon pouls à ce moment-là. Il faut dire quelque chose comme "Qu'est-ce qui vous arrive ?" et enfaite il va se dire "mais comment ça l'autre elle n'a même pas eu peur" Ducoup il en perds ses moyens. Et puis il y a les surveillants derrière. Et vraiment, ce côté ferme et contrôlant, ça permet de garder beaucoup ses émotions.

ESI: D'accord, oui, c'est vrai.

IDE 1: Je ne sais pas si je ne suis pas sorti du sujet.

ESI: Oui, mais ce n'est pas grave car j'ai une autre question qui vient. Dans cette relation, justement, soignant-soigné, comment ne pas laisser nos représentations personnelles influencer cette relation ?

IDE 1: Nous faisons tous notre propre petite cuisine, je pense. Nous avons tous notre petite recette. Moi c'est : je n'y pense pas. Je m'interdis d'y penser. Quand je suis avec le patient, si jamais l'idée me vient, je mets une autre idée dessus. Moi c'est ma défense, j'y arrive comme ça. Parce qu'après je ne suis plus du tout la même soignante je m'en rend bien compte. Ça m'est déjà arrivé, ou en fait j'avais plus du tout envie de faire attention à la douleur induite par mon pansement ou par ma perfusion et là je ne me sens pas moi-même, je ne me reconnais pas. Donc ça ne va pas. Mais cela montre aussi que nous sommes humains. Vous demandez à n'importe qui dans la rue ce qu'il pense du gars qui a commis des actes barbares sur une fille, le gars lui dira qu'il s'en fiche, que c'est insupportable. Donc, parce que c'est humain de dire, de prendre les faits et les causes pour l'enfant, évidemment.

ESI: Oui.

IDE 1: Alors, quand ça m'arrive, je mets une autre image dessus et je n'y pense pas.

C'est la seule façon pour moi de me protéger.

ESI: Oui.

IDE 1: Parce que sinon, j'ai du beau, évidemment, qui me plairait. Avant d'arriver à l'UHSI, je vous aurais répondu, "bon oui, mais non, on arrive à prendre sur soi etc.." chercher le pourquoi du comment. Je mets de côté la folie, parce que la maladie psychiatrique c'est complètement différent.

ESI: Oui, oui, c'est vrai.

IDE 1: Mais, se dit-on, ils ont très souvent eu des passés catastrophiques, ça, c'est quelque chose à savoir. Alors, il y a tout ce qui vient, j'espère que ça prendra toute la place, cette histoire de passé destructeur, d'être violent, de parents qui te tabassent, qui a rendu cet enfant, ou cet adulte, violent. J'espérais donc que toute ma carrière suivrait cela. Mais en fait, on est un peu rattrapé par la réalité, par les représentations sociales, par les représentations en général. C'est donc une lutte perpétuelle. Garder ces valeurs tout le temps, et c'est ce que nous aimerions être en tant que soignants, même si parfois c'est difficile. Nous restons humains et il est parfois difficile de faire preuve d'empathie envers quelqu'un qui a fait des choses terribles. C'est toujours difficile. Alors, comme c'est encore difficile, que je suis grande et que je me connais, je sais que la seule façon d'y arriver, c'est de ne pas y penser. Je vais dans la chambre d'un patient, point barre. C'est la seule façon d'y arriver. Je ne vais pas faire de discours sur l'empathie et tout ça, parce que ce n'est pas toujours vrai. Voilà donc ma recette à moi je pense.

ESI: Est-ce que c'était déjà arrivé de devoir passer la main à une collègue dans des prises en soins particulières compliquées?

IDE 1: Eh bien, passer la main, pas du tout par rapport aux raisons de l'incarcération. Les peu de fois où je l'ai su. Les peu de fois où je l'ai su sur des patients. Du coup, je prends en général une grosse tuile parce que je ne m'y attendais pas. Souvent, parce que ça fait un mois que je prends charge et un mois que j'ai même pas pensé en fait on n'a pas dit comment parce qu'en fait on oublie qu'il y a une peine derrière tout ça, on oublie qu'il y a une détention, un jugement, on oublie tout ça en fait et tout d'un coup on me rappelle que ce type là fait ça à sa gamine ou à sa femme etc.. Je sais plus ce que je voulais dire. J'ai perdu mon fil.

ESI: Par rapport à passer la main?

IDE 1: Oui, voilà. Les seules fois où j'ai dû passer la main, ce n'était pas du tout par rapport à ça. C'était parce que ça faisait trop longtemps que je l'avais en charge, le patient. Genre, ça fait un mois et demi que je l'ai. Toutes les fois où je suis le matin, je me tape un pansement qui dure une heure, avec un patient qui est ronchon, qui râle sur tout ce que tu fais, qui est revendicateur, tout ça. Au bout d'un moment, comme dans n'importe quel autre service, je passe la main parce qu'en fait, il faut que je le vois plus pendant quelques jours le patient parce qu'il est trop lourd, il y a une trop grosse prise en charge physique de pansement et tout ça, et ça m'épuise. Mais à cause du soin, pas du tout à cause des faits de l'incarcération.

ESI: Ok, très bien. Et dernière question, est-ce que tu as quelque chose à rajouter?

IDE 1: Bah... Je ne sais pas, tiens, je n'ai pas pensé à cette question-là. Non, non, si ce n'est que... Effectivement, je vais me redire, mais je n'avais pas conscience, moi, avant de venir, de l'impact du service pénitentiaire sur les soins infirmiers. C'est très très lourd, on ne s'en rend pas compte. On dit, moi quand je suis arrivée à l'UHSI, je dis « Oh, mais ça le fait, vous avez combien, 14 patients pour deux infirmières? » Moi j'avais 10 patients, mais 10 patients avec des soins, des nursing, enfin bon, c'était un temps de travail terrible. Je dis que 7 patients, tranquilles, 2 pansements, une perfusion. Et en fait, tout un temps fou. Parce que vous êtes à un bout du couloir, dans une chambre de patients. Le surveillant vient, il ouvre la porte, vous faites votre soin, vous ressortez, hop, le surveillant est appelé à l'autre bout du couloir. Donc vous attendez qu'il aille ouvrir à l'autre porte mais il reste derrière l'autre porte. Donc vous êtes en attente de faire votre soin. Donc en fait tout prend un temps fou.

ESI: C'est dans l'organisation?

IDE 1: L'organisation c'est insupportable en fait. Ça devrait, dans l'idéal, ça devrait être nous, normalement c'est les blancs qui nomment au bleu l'organisation. Ce qu'on dit blanc et bleu, les soignants et les pénitentiaires. Sauf que dans la réalité, je pense qu'en fonction des UHSI, en fonction des chefs de service, en fonction des commandants de pénitentiaires, ça ne se passe pas toujours comme ça. Et puis là, l'UHSI, ça fait dix ans qu'elle existe. Tout le monde a pris ces petites habitudes. Il y a des soignants qui sont là depuis dix ans, il y a des pénitentiaires qui sont là depuis dix ans aussi. Et voilà, il y a des habitudes qui ne changent pas. Les gens ne se rendent pas compte que tout prend beaucoup plus de temps. Tout prend beaucoup plus de temps que dans un service normal. Quand je fais un pansement, j'ai oublié un cicaplaie. Je reviens, je repars, ce n'est pas bien du tout, mais ça arrive à toutes les infirmières. Il faut arrêter de se mentir. Donc je cours vite chercher un cicaplaie, je reviens parce que je cours tout le temps. Sauf que là maintenant, il faut que je sorte tout mon bazar, tout mon chariot avec mes ciseaux parce qu'il ne faut pas qu'ils restent dans la chambre, que le surveillant referme la porte. Je repars chercher mon cicaplaie, je reviens, le surveillant il est parti à l'autre bout du

couloir. Je suis encore obligée d'attendre dix minutes devant la porte. C'est que ça. En fait c'est énergivore. Parce que moi qui suis speed en plus... C'est-à-dire que tout ce que tu fais, c'est vu.

ESI: Oui.

IDE 1: Tu as tout le temps un œil sur toi. Donc c'est insupportable. J'ai une collègue, ça fait 10 ans qu'elle est là, elle dit je ne supporte plus, j'en peux plus. Parce que quand tu es dans une chambre, et que tu as oublié ci ou ça, ce qui nous arrive sans arrêt dans les autres services, c'est que tu ne peux pas penser à tout. Tu arrives, la perfusion est finie, elle est passée 10 fois trop vite, je n'ai pas pris la poche de sodium. Donc tu repars, y'a que toi qui vois ton truc, tu fais tes allers-retours, personne va t'embêter, c'est ton organisation à toi, mal ou bien, peu importe, du moment que ton boulot est fini, à la fin de la journée. Sauf que là, tous tes allers-retours, tous tes manquements, ils le voient les collègues de la pénitencière. Donc au bout de 3 fois, ils disent, "ben alors, t'as pas de tête aujourd'hui?" donc une fois ça va qu'un soit dans la journée, suffit que ce soit un jour où c'est pas le jour ça à déjà mal démarrer le matin tu t'es engueulé le matin ou que sais-je et ben voilà ça c'est une charge en plus et moi j'ai été récemment, même en passe de me dire je vais retourner dans un service lambda. Et ce n'est pas encore complètement définitif mon truc. Parce que c'est tellement pesant d'être observé, d'être critiqué parce que c'est que ça. Si tu rates une perf, les types derrière vont dire "ah ouais, pourtant il y a deux jours un tel il l'a perfusé les doigts dans le nez." Alors que chacun son boulot.

ESI: Mais c'est ça.

IDE 1: Mais c'est tout le temps ça. Donc c'est pas toujours facile quoi. Il faut vraiment avoir confiance en soi. Donc imagine les jeunes diplômés là-dedans.

ESI: C'est ça.

IDE 1: On a des jeunes infirmières, des pénitencières, des garçons en pénitencière. Voilà, il y a un jeu de séduction qui arrive là-dedans. Faut pas rêver hein. Et du coup, ça déstabilise tout.

ESI: Ah bah oui.

IDE 1: Donc, moi je dirais, une chose à rajouter, ne pas mettre de jeunes diplômés en pénitencière et mettre des gens qui ont une vraie maîtrise de soi. Des soignants qui ont une bonne maîtrise de soi, parce qu'il faut une bonne maîtrise de soi. Et pour garder la distance avec les patients, et pour garder la distance avec la pénitencière. Parce qu'on ne fait pas du tout le même travail. Ils sont dans la répression, et nous on est dans l'accompagnement, dans le soin. Quand je dis, il faut ouvrir la porte,

pourquoi? Parce que j'ai besoin d'ouvrir la porte. Mais pourquoi? Ils n'ont pas à savoir. Pour qu'il t'ouvre la porte, tu finis par dire "Il a mal, je lui donne quelque chose." Par exemple, j'ai entendu, "il n'y a que de lui mettre une balle. "Voilà, donc on n'est pas du tout sur le même versant. Donc ça met tout le monde en difficulté quoi.

ESI: Oui, c'est sûr.

IDE 1: Le surveillant vient de dire ça devant la porte du patient. Le patient il entend, ils entendent tout. Derrière une porte on entend tout. Il n'y a pas de bruit dans un service comme ça. Donc il vient de dire ça. Vous rentrez en chambre. Le patient sait que le surveillant vous a dit ça et que vous n'avez rien répondu. Donc vous avez pris part à qui là?

ESI: Oui.

IDE 1: Tu vois ça? T'es tout le temps en difficulté en fait. T'es tout le temps en train de parer pour que ça tienne debout.

ESI: C'est de l'équilibre entre patient et pénitentiaire.

IDE 1: Parce que les survivants ils s'en fichent, ils peuvent se permettre d'envoyer bouler le mec, lui dire que c'est qu'un connard tout ça, le mec il va vivre la rage dans sa piaule, dans sa chambre, ils vont le prendre, ils vont l'emmener au quartier disciplinaire à Vesin ou chez les femmes. Voilà, eux, leur solution elle est là. Nous, on peut pas parce qu'il faut qu'on le soigne. Il faut que la plaie guérisse, il faut qu'il soit opéré, il faut que... Donc on est sans arrêt en train de mettre des rondeurs pour calmer tout le monde là-dedans. Donc voilà, donc il faut vraiment, pour ça je dis, il faut de l'expérience et une certaine personnalité à charisme pour pouvoir tenir tête aux surveillants et aux patients quoi. Ya pas que le soins physique en UHSI.

Donc voilà c'est le quelque chose en plus, dont les gens doivent prendre conscience. On imagine pas qu'il y a tout ça. Il y a beaucoup moins de travail en matière de quantité mais alors c'est tout aussi énergivore que les urgences. Les urgences les patients on les a 6/132 heures. On revient le lendemain, c'est plus les mêmes patients. La quand vous avez un détenu des fois vous l'avez 6 mois. Donc vaut mieux que ça se passe bien. On fait de la chirurgie, de la médecine. Il y a le diagnostic du cancer à faire par exemple qui prend un mois et demi, la chimiothérapie et la radiothérapie qui prennent encore 3 mois. La réalimentation, etc... Le type il est la 6mois/1an. Donc forcément qu'on se lasse. Des gens qui normalement devraient rentrer chez ses eux la c'est pas possible, parce qu'il faut un transport, une ambulance des surveillants pénitentiaires qui soient libres. Parce qu'on fait tout le grand ouest. Et il n'y a plus assez de surveillants pénitentiaires pour assurer tout ça. On a aussi des gens qui viennent

pour une radio par exemple. Donc quelqu'un lambda vient et dans la journée il retourne chez lui. LA c'est pas possible ils peuvent pas faire l'aller retour. DOnC c'est quelqu'un qui est hospitalisé juste pour son scanner. Sauf que le lendemain ils ne peuvent pas le ramener parce qu'il n'y a pas de surveillant ou chauffeur. Et des fois ils restent une semaine parce qu'il n'y a personne pour les ramener.

ESI: Donc ils prennent un lit pour ça. Il n'y a pas les moyens.

IDE 1: Oui voilà, les moyens ne sont pas mis dans la pénitencier.

ESI: Je te remercie énormément pour cet échange en tout cas.

IDE 1: Merci à toi, j'ai beaucoup apprécié échanger. Cela me permet également de réfléchir à ma pratique

C) RETRANSCRIPTION ENTRETIEN N°2 - IDE CHIRURGIE ORTHOPEDIE

ESI: J'enregistre directement puisque la première question du coup c'est quel est ton parcours professionnel un peu pour situer.

IDE 2 : Ok. Du coup je suis diplômée depuis 2019, à l'IFSI d'ici. J'ai commencé en Ehpad à l'Hôtel Dieu. Après j'ai fait six mois de pédiatrie dans le pôle femmes enfants donc j'ai fait principalement bah pratiquement tous les services de pédiatrie sauf la réa, l'hématologie et puis bas les services de gynéco plastique également. Depuis janvier 2020 je suis en orthopédie septique, en chirurgie.

ESI: Ok très bien. Donc là pour la première thématique ça tourne autour des patients qui ont été auteurs de violences dans leur passé. De manière générale comment est-ce que tu définirais le terme de violences ?

IDE 2 : Je vais différencier les violences verbales et les violences physiques. A partir du moment où pour moi il y a des gestes violents on va dire ça comme ça c'est de la violence physique. Pour les violences verbales, des mots qui peuvent être grossiers ou qui peuvent altérer la personne quoi. C'est un peu vague aussi.

ESI: La question l'est, donc très bien. Est-ce qu'il t'est déjà arrivé de prendre en charge un patient qui a été auteur de violences dans son passé, dont vous aviez la connaissance ?

IDE 2 : Alors oui effectivement c'était en consultation. Parce que j'ai fait aussi les consultations orthopédiques donc des patients qui viennent de l'extérieur en consultation qui ont des pansements. Comme je t'avais dit il y avait un patient qui était en milieu carcéral donc on ne savait pas pourquoi il était là mais en discutant avec lui il m'a dit qu'il avait donné un coup de poing dans le mur de sa cellule d'où la plaie qu'il avait. Donc quand il est arrivé il y avait des policiers avec lui donc forcément on se dit que c'est un patient qui, s'il a besoin de policiers, peut être violent et effectivement quand j'ai discuté un petit peu avec lui il m'a raconté que c'était un geste de violence envers soi-même. Mais on ne sait pas. Je ne connaissais pas non plus trop son passé donc je pense qu'il est quelqu'un d'assez violent.

ESI: Est-ce que cette prise en soin ou une autre vous avez pu la qualifier de différente du fait de la connaissance d'un passé ou d'actes de violence avant ou pas ?

IDE 2 : Je ne pourrais pas dire qu'on est indifférent quand on est avec un patient on sait que le passé il a pu y avoir des actes de violence. Après le soin il reste le même je dirais que c'est plus dans le relationnel on ne réagit pas forcément de la même manière quand on discute on ne va pas aller chercher non plus trop à remuer le passé. C'est vrai qu'avec certains patients on leur demande les enfants, la famille etc... Ce genre de patients pour moi en tout cas je chercherais moins à discuter avec eux.

ESI: C'est un peu plus théorique mais est-ce que d'après toi il y a des textes qui peuvent régir un peu la prise en soin des patients, pas forcément hauteurs de violence mais qui peut les protéger ou non de de cette différence de prise en soin?

IDE 2 : Oui mais alors par contre c'est vrai que je ne me suis pas trop posé la question. C'est vrai qu'il y a pas mal de textes plutôt pour les patients qui relèvent de la psychiatrie, ces choses-là. Après pour ce genre de cas je t'avoue je ne sais pas vraiment.

ESI: Normal je les ai appris aussi en faisant le mémoire. Ça va être les chartes de la personne hospitalisées etc... Ensuite c'est ça vient plutôt de la gestion des émotions. Quelle difficulté est-ce que tu as pu rencontrer en prenant en soin un patient comme ça, émotionnellement ? Quel impact ça a pu avoir sur la relation avec celui-ci ?

IDE 2 : Oui parce que du coup j'ai eu une autre situation et le patient était violent au moment précis donc je ne sais pas si ça peut rentrer en compte. C'était un patient qui avait des troubles schizophréniques et donc quand on a dû appeler la sécurité pour le contentionner sur le coup on ne réfléchit pas trop en fait. On se protège soi d'abord parce c'est un patient qui était déjà très grand nous on est assez petit dans l'équipe donc on cherche d'abord à se protéger nous donc la sécurité l'a maintenu, on lui a mis les contentions. C'est l'après coup on se dit est-ce que c'est dans mes valeurs de faire ce genre de choses ? Après il y a la balance bénéfice-risque parce que le patient il faut aussi penser au risque qu'il peut avoir en étant violent mais ce n'est pas évident c'est je dirais que c'est surtout l'après-coup une fois que l'acte est fait on se remet un peu en question.

ESI: Et quelles émotions peuvent ressortir postérieurement ?

IDE 2 : Alors moi je dirais après coup la culpabilité peut-être et puis la frustration parce que on est là pour prendre soin et là où est le prendre soin dans ce genre de situation ? Je pense qu'il y a beaucoup de questionnements aussi. Après je ne sais pas si ce sont des émotions vraiment mais je dirais plutôt culpabilité.

ESI: Et à côté de ces prises en soin de violences de manière générale, plutôt pour les infirmières prochainement diplômées ou non. Est-ce que tu aurais des conseils sur la gestion des émotions qui peut s'avérer plus ou moins compliquée ?

IDE 2 : Bah je dirais d'abord c'est hyper important d'en parler entre équipes. De ne pas garder ces émotions pour toi si jamais ça t'arrive. Et puis éventuellement aussi essayer de se dire : comment est-ce qu'on aurait pu faire ? S'il y avait des choses aussi à améliorer.

Je dirais en gros c'est vraiment d'en parler entre équipes et puis si ça va aller de là à impacter vraiment sur toi, sur ta vie personnelle, il ne faut pas que tu gardes ça pour toi. Il faut en parler.

ESI: Et du coup en quoi cette gestion est-elle indispensable tout de même pour être infirmière ?

IDE 2 : La gestion des émotions. Bah déjà quand tu t'occupes d'un patient violent si tu ne gères pas tes émotions, lui peut le ressentir aussi. Le prendre soin ne va pas être idéal, même si ce n'est jamais vraiment idéal et puis ça peut aussi impacter, du coup je me souviens d'une situation où c'était plutôt de la violence verbale chez une dame qui était juste en colère de la prise en charge et j'avais gardé ça pour moi et en fait la prise en charge des autres patients, j'avais emmagasiné de la colère et j'avais l'impression de ne pas être la personne que j'étais avec les autres patients à cause de cette colère. Donc je pense que ça impacte sur la prise en charge des autres patients aussi le fait de ne pas gérer correctement ses émotions et puis aussi au sein de l'équipe si tu gardes pour toi ça peut aussi impacter sur la gestion de l'équipe, un repli sur soi et forcément du coup impacter avec tes collègues.

ESI: Ça dépasse juste la relation avec le patient. Ok. Dans un contexte qui peut être complexe, encore des conseils si tu en as, pour garder une prise en soin qui serait la plus objective possible ? Comment rester le plus objectif face à une situation qui nous questionne ou un patient ?

IDE 2 : Ce n'est pas évident.

ESI: Tu peux prendre le temps de répondre.

IDE 2 : Après je pense qu'avec l'expérience ça peut aussi aider. Quand tu as plusieurs situations. Moi j'ai appris, déjà à en parler et quand il y a une situation où tu sens que le ton monte que le patient commence à s'énerver reste pas seul parce que bon même si le patient ne sera pas violent avec toi ou autre fait les soins plutôt à deux comme ça tu ne resteras pas avec un stress donc tu pourras être le plus objectif pour faire le soin et si tu sens que ça dégénère laisse le patient, va-t'en, dit comme ça c'est un peu violent... Moi j'ai une dame qui s'est énervée elle m'a balancé son plateau je l'ai laissé, tu la laisses aussi de son côté sortir tout ça toi aussi tu fais autre chose pour revenir à deux. Après à froid c'est peut-être plus facile mais sur le coup si tu prends en charge cette personne à chaud ça risque d'être un peu compliqué après c'est facile à dire ça dépend beaucoup de situations et puis ne pas t'énerver si le patient commence à monter d'un ton il va aussi monter de lui ça ne s'arrêtera pas mais si tu restes calme il va se rendre compte que ça ne sert à rien de s'énerver mais ce n'est pas évident.

ESI: Tu l'évoquais un peu dans le service par exemple quelles sont les ressources qu'on peut avoir ?

IDE 2 : J'ai parlé des agents de sécurité. Il y a la cadre de santé, il ne faut pas hésiter à lui en parler surtout si derrière il y a besoin d'avoir un dialogue, un échange entre collègues la cadre de santé elle est là aussi pour le bien-être de ses infirmières. Donc il ne faut pas hésiter à la solliciter et puis voilà puis tes autres collègues pour déléguer éventuellement.

ESI: Ça t'est déjà arrivé de déléguer?

IDE 2 : Ca m'est déjà arrivé de passer un appel parce qu'une famille était assez violente au téléphone. Le numéro je ne sais plus comment c'est terminé mais elle a raccroché puis elle a rappelé et j'ai dit je reconnais le numéro je ne suis pas en capacité de prendre l'appel, que je ne gère pas la situation et j'ai une collègue qui a pris le relais.

ESI: Ok, c'est une ressource.

IDE 2 : Totalemment. Et la collègue a passé l'appel à la cadre de santé parce que ça a pris des proportions un peu trop importantes donc là la cadre elle a su gérer.

ESI: Est-ce que tu as quelque chose à rajouter ? S'il y a des choses qui sont venues par exemple en réflexion ou pas mais sur toute cette gestion de la violence ? Des représentations qu'on peut avoir ? Comment ne pas laisser nos représentations jouer sur la relation qu'on a avec le patient ?

IDE 2 : Ce n'est pas évident quand on a un patient qui arrive et déjà on se penche sur le dossier. Quand on a écrit je ne sais pas moi, déjà des troubles psychiatriques il faudrait dire que c'est un peu inévitable. Moi quand je reçois un patient et je sais qu'il vient de Guillaume Reigner par exemple je me mets déjà dans la tête que ça peut être compliqué parfois c'est au contraire ça se passe très bien. C'est difficile mais il faut essayer de ne pas s'arrêter sur le papier et d'accueillir le patient et à ce moment-là de prendre la température je dirais et puis sinon le dialogue je dirais c'est aussi important d'échanger. Voilà je ne sais pas ce que je pourrais dire d'autre.

ESI: C'est très bien, je t'en remercie.

IDE 2 : Le soin reste le même, c'est plus le positionnement. C'est vrai qu'on fait un soin chez un patient qui peut être violent on est plusieurs. Je reviens au patient schizophrène rien que pour le changer on était 4 parce qu'il ne se laissait pas faire c'est là aussi où tu te dis il est violent mais est-ce qu'on peut le laisser souiller. C'est compliqué au final. On en a beaucoup parlé. L'équipe de nuit en orthopédie elles ne sont que deux la nuit. C'est compliqué elles nous ont dit clairement on n'est pas rentré dans la chambre du monsieur il était contentonné mais très violent. On a fait la balance bénéfice risque et là il y avait un risque trop important pour les soignants. Le lendemain, on s'est mis à 4. D'où l'importance de la cohésion d'équipe. Je pourrais ajouter qu'il y a aussi l'équipe de psychiatrie qui est très à l'écoute et accessible. On les appelle, ils passent et là eux aussi peuvent nous aider parce qu'ils ont plus d'expérience. En orthopédie, je parle là du côté psy mais dans ce cas-là il y a des traitements pour apaiser les patients et rendre les soins plus accessibles

ESI: Ok, je t'en remercie.

D) TABLEAU D'ANALYSE DESCRIPTIVE DES ENTRETIENS

Objectif 1	IDE	<u>Patient violent</u>		<u>Motif</u>
		<u>Profil violent</u>	<u>Connaissance du passé</u>	
Obtenir une définition de la violence	IDE UHSI			Souvent incarcérés pour cela.
		Il y a des homicides avec une arme à feu où ils tirent et ça y est, c'est fini, la personne est décédée. Et il y a des homicides où il y a 40 coups de couteau. Ont à pas à faire au même personnage.	Non, on ne sait pas pourquoi ils sont incarcérés. On sait juste pourquoi ils sont hospitalisés.	Les actes de violence, c'est le motif de leur incarcération, Des patients violents en détention.
	IDE chirurgie orthopédie	<u>Violences physiques</u>	<u>Violences verbales</u>	<u>“Interprétation”</u>
	Gestes violents	Des mots qui peuvent être grossiers Qui peuvent altérer la personne	Il est arrivé, il y avait des policiers avec lui donc forcément on se dit que c'est un patient qui, s'il a besoin de policiers, peut être violent	

Objectif 2	IDE	<u>Différences</u>				<u>Similarités</u>
		Prise en charge	Organisation	Relationnel	Soignants	
Savoir si une différence se fait dans la PEC d'un patient auteur de violence	IDE UHSI	<p>Les prises en charge sont complètement différentes</p> <p>Cela change donc la façon dont nous prenons en charge les patients.</p>	<p>Mais l'organisation est complètement différente</p> <p>Alors qu'en incarcération, il faut préparer son soin, aller chercher les surveillants pour leur demander d'ouvrir la porte. Encore faut-il qu'ils soient disponibles et qu'ils veulent ouvrir la porte à ce moment-là</p>		<p>Il faut donc négocier. Il faut avoir beaucoup de savoir-être.</p>	Mes soins pour le patient seront les mêmes
	IDE chirurgie orthopédie			<p>Le relationnel, on ne réagit pas forcément de la même manière</p>	<p>Je ne pourrais pas dire qu'on est indifférent</p>	

				<p>On ne va pas aller chercher non plus trop à remuer le passé</p> <p>Je chercherais moins à discuter avec eux.</p>		
--	--	--	--	---	--	--

Objectif 3	IDE	<u>Pénitenciers</u>	<u>Patient en psychiatrie</u>	<u>Ne sais pas</u>
Connaître la place de l'aspect législatif dans la prise en soins	IDE UHSI	Des textes de loi pour les pénitenciers, mais pas pour les soignants Tant qu'on est <u>surveillé par un pénitencier</u> , <i>(intéressant pour évoquer la collaboration)</i> on est obligé d'apporter de l'aide.		Je ne pense pas qu'il existe de textes de loi qui encadrent cette prise en charge.
	IDE chirurgie orthopédie		Il y a pas mal de textes plutôt pour les patients qui relèvent de la psychiatrie	Pour ce genre de cas je t'avoue je ne sais pas vraiment

Objectif 4	IDE	<u>Impact</u>				<u>Non impacté</u>	
Savoir les difficultés rencontrées au cours de cette PEC complexe		<u>Soins</u>	<u>Soignants</u>				
	IDE UHSI	Ça trouble un peu le soin. (de connaître les raisons de l'incarcération)	Questionnements	Personnalités	Sentiments	Protection	<p>... vous dire que c'est insupportable d'entendre ça, c'est trop dur. Et puis à ce moment-là, le patient sonne parce qu'il a besoin de quelque chose, et là tu réponds à la sonnette, vous entrez dans la chambre comme si vous n'aviez jamais parlé de ce patient</p> <p>Nous sommes doués avec, (...) le ON-OFF.</p> <p>A partir du moment où j'entre dans la chambre du patient, j'ai vraiment mis le OFF</p>
	IDE traumatologie		On se remet un peu en question.		Culpabilité Culpabilité	On cherche d'abord à se protéger	

			Beaucoup de questionnements		Frustration		
			Balance bénéfice-risque				
			Est-ce que c'est dans mes valeurs de faire ce genre de choses ?				

Objectif 5	IDE					
Obtenir des conseils sur la gestion des émotions	IDE UHSI	<u>Personnel</u>		<u>Soignants</u>		<u>Difficultés</u>
		Propre à chacun	Expérience	Généralités	Profil	<p>Il ne faut pas de jeunes diplômés</p> <p>Ils l'intimident</p> <p>Surveillantes aussi ne peuvent pas forcément faire confiance à la soignante</p>
		<p>Inhérent à chaque personne.</p> <p>Des histoires qui résonnent en nous,</p> <p>Ca ramène beaucoup de choses personnelles.</p> <p>Vous <u>essayez</u> de vous mettre à la place de l'autre</p>	<p>On apprend avec la vie</p> <p>Ce sont les années qui font prendre de la distance.</p>	<p>Inhérent au métier.</p> <p>C'est pourquoi nous sommes soignants.</p>	<p>Infirmière qui a de la bouteille, qui a une certaine personnalité, un certain charisme, une voix ferme</p> <p>Bienveillant</p> <p>L'empathie</p>	
<u>En parler</u>			<u>Se questionner</u>			
	IDE chirurgie	D'en parler entre équipes.			Comment est-ce qu'on aurait pu faire ? S'il y avait des choses aussi à améliorer.	

	orthopédie	<p>D'en parler en équipes</p> <p>Il faut en parler.</p> <p>Pas garder ces émotions pour toi</p> <p>Impacter vraiment sur toi, sur ta vie personnelle, il ne faut pas que tu gardes ça pour toi.</p>	
--	------------	---	--

Objectif 6	IDE	<u>Intérêt</u>			<u>Conséquences si mauvaise gestion</u>	
Mesurer l'importance de la gestion des émotions dans la pratique infirmière	IDE UHSI	Intérêt patient	Intérêt soignant			<p>Pleurer avec ça ne sert à rien</p> <p>Mais pleurer avec lui, ça n'enlèvera rien à son chagrin,</p>
		Prendre un peu de la du chagrin de l'autre, ça sert à quelque chose.	Protection	ON - OFF	Distance	
			La gestion des émotions permet aussi de se protéger.	<p>Mettre le ON-OFF</p> <p>Mettre le loquet "je ne suis pas</p>	<p>Il faut être à la bonne distance, //Vous devez la trouver.</p>	

				touchée, je ne suis pas touchée”		
	IDE chirurgie orthopédie	Si tu ne gères pas tes émotions, lui peut le ressentir aussi.				<p>J'avais emmagasiné de la colère et j'avais l'impression de ne pas être la personne que j'étais avec les autres patients à cause de cette colère.</p> <p>Ca impacte sur la prise en charge des autres patients</p> <p>Aussi au sein de l'équipe Impacter avec tes collègues. Impacter sur la gestion de l'équipe, un repli sur soi</p>

Objectif 7	IDE	<u>Relation soignant-soigné</u>		<u>Soignants</u>	
Obtenir des conseils permettant d'avoir une prise en charge objective	IDE UHSI	Distance	Communication	La soignante	“maternelle” / cadre
		La distance, encore une fois. Gardez la distance	Garder la confiance que le patient a mis en toi Vous le prenez au sérieux. Vous l'écoutez Utilise le langage de l'autre. Adapter son langage	Savoir être, le contrôle,	Prise en charge maternelle Sanction maternelle, ça les cadre Lorsque nous sommes cadrans. Ils sont habitués au cadre. Quelqu'un qui est assez ferme, Ce côté ferme et contrôlant, ça permet de garder beaucoup ses émotions.
	IDE chirurgie orthopédie	<u>Distance</u>	<u>Expérience</u>	<u>En parler</u>	<u>Equipe</u>
		Va-t'en	Avec l'expérience ça peut aussi aider	J'ai appris, déjà à en parler	Ne reste pas seul

		<p>A froid c'est peut-être plus facile</p> <p>Si tu restes calme il va se rendre compte que ça ne sert à rien de s'énerver</p>			<p>Fais les soins plutôt à deux comme ça tu ne resteras pas avec un stress</p>
--	--	--	--	--	--

Objectif 8	IDE	<u>Soignant</u>		<u>Conseil</u>	<u>Impact</u>		
Impact représentations personnelles sur la relation	IDE UHSI	Propre à chacun	Protection	Ne pas y penser	Soins	Soignant	<u>Passé</u>
		<p>Nous faisons tous notre propre petite cuisine</p> <p>Nous avons tous notre petite recette.</p> <p>Ma recette à moi</p>	<p>C'est ma défense</p> <p>La seule façon pour moi de me protéger.</p>	<p>Je n'y pense pas.</p> <p>Je m'interdis d'y penser.</p> <p>Si jamais l'idée me vient, je mets une autre idée dessus.</p> <p>Je mets une autre image dessus et je n'y pense pas.</p> <p>La seule façon d'y arriver, c'est de ne pas y penser</p>	<p>J'avais plus du tout envie de faire attention à la douleur induite par mon pansement ou par ma perfusion</p>	<p>Je ne me sens pas moi-même, je ne me reconnais pas.</p> <p>Nous sommes humains</p> <p>Lutte perpétuelle.</p> <p>Garder ces valeurs tout le temps</p> <p>Parfois c'est difficile.</p> <p>Nous restons humains et il est parfois difficile de faire preuve d'empathie envers quelqu'un qui a fait des choses terribles.</p>	<p>Ils ont très souvent eu des passés catastrophiques,</p> <p>J'espérai que ça prendra toute la place, cette histoire de passé destructeur, d'être violent, de parents qui te tabassent, qui a rendu cet enfant, ou cet adulte, violent. J'espérais donc que toute ma carrière suivrait cela.</p> <p>Rattrapé par la réalité, par les représentations sociales, par les représentations en général.</p>

	IDE chirurgie orthopédie						

Objectif 9	IDE	<u>Oublier</u>	<u>Passer la main</u>	<u>Connaître ses limites</u>	<u>Pluridisciplinarité</u>
Savoir comment réagir et les ressources que l'on a dans le cas d'une PEC complexe	IDE UHSI	<i>On oublie qu'il y a une peine derrière tout ça, on oublie qu'il y a une détention, un jugement, on oublie tout ça</i>	Il y a une trop grosse prise en charge physique A cause du soin, pas du tout à cause des faits de l'incarcération.		
	IDE chirurgie orthopédie		Tes autres collègues pour déléguer	Je ne suis pas en capacité de prendre l'appel, que je ne gère pas la situation	Agents de sécurité Cadre de santé

Objectif 10	IDE	<u>Temps</u>	<u>L'organisatio n</u>	<u>Soignant</u>		<u>Collaboration</u>	
				Impact soignant	Profil soignant	Entre deux	Regard
Quelque chose à rajouter ?	IDE UHSI	Tout prend un temps fou.	L'organisation c'est insupportable	En fait c'est énergivore	Avoir confiance en soi. Maîtrise de soi,	Pour garder la distance avec les patients, et pour garder la distance avec la pénitencière. T'es tout le temps en train de parer pour que ça tienne debout. Donc on est sans arrêt en train de mettre des rondes pour calmer tout le monde là-dedans	Tu as tout le temps un œil sur toi. Tous tes allers-retours, tous tes manquements, ils le voient les collègues de la pénitencière
		Tout prend beaucoup plus de temps que dans un service normal.					
	IDE	<u>En parler</u>				<u>Représentations</u>	

	orthopédie	<p>Le dialogue je dirais c'est aussi important d'échanger</p> <p>Beaucoup parlé.</p> <p>L'importance de la cohésion d'équipe. Très à l'écoute et accessible</p>	<p>C'est un peu inévitable.</p> <p>Je me mets déjà dans la tête que ça peut être compliqué</p> <p>C'est difficile mais il faut essayer de ne pas s'arrêter sur le papier</p> <p>Le soin reste le même, c'est plus le positionnement.</p>
--	------------	---	--

E) ABSTRACT

TITRE : La gestion des émotions d'une IDE face à un patient auteur de violences intrafamiliales.

TITLE : The nurse's management of emotions toward a patient perpetrator of domestic violence.

I conducted this study during my third year of nursing school. I was faced with an unusual situation during one of my internships and my report is based on it. I have searched to understand the impact of our emotions on our care, and to prove the importance of their management as well as the impact that it could have on their relationship with their patient. For that, I carried out semi-structured interviews with two nurses from different hospital departments. Then I crossed the collected data with the relevant theoretical concepts. I began this research with a theoretical exploration, which allowed me to define the following concepts : violence, emotions's management, personal representations, professional values, the relation between the nurse and the patient as well as their right distance. What emerges from these interviews is that it is essential to have a good management of our emotions, in order not to impact the care of the patient, as well as the care of the other patients. For that, it is important to keep the right distance with the situation, and also with the patient when that's necessary. This study has shown me the importance of being self-aware and aware of one's limits, in order to adopt the most appropriate care. Being aware of this is important for me as a future nurse. The quality of the care we provide must be our priority.

This research has led me to a new hypothesis: What information in the patient's file could be useless or deleterious for their care?

J'ai réalisé cette étude au cours de ma 3ème année d'études en soins infirmiers. J'ai été confrontée à une situation singulière en stage, et mon mémoire se base sur elle. J'ai cherché à comprendre l'impact de nos émotions sur nos prises en soins, et à prouver l'importance de leur gestion et l'impact que cela peut avoir sur la relation avec le patient. Pour cela j'ai réalisé des entretiens semi-directifs auprès de deux infirmières en exercices dans des services hospitaliers différents. J'ai ensuite croisé les données récoltées avec les concepts théoriques se rapportant à ma thématique. J'ai commencé ce travail par une exploration théorique où j'ai défini les concepts suivants : la violence, la gestion des émotions, nos représentations personnelles ainsi que nos valeurs professionnelles, la relation soignant-soigné ainsi que la juste distance. Il ressort des entretiens qu'il est indispensable d'avoir une bonne gestion de nos émotions afin de ne pas impacter ni la prise en soins du patient, ainsi que celle des autres patients. Pour cela il est important de garder de la distance avec la situation mais aussi avec le patient quand cela est nécessaire. Cette étude m'a appris l'importance d'avoir une bonne conscience de soi, de ses limites pour avoir la pratique la plus adaptée. Avoir conscience de cela me paraît important en tant que future infirmière. La qualité des soins que nous prodiguons doit être notre priorité.

Ces recherches m'ont amenée vers de nouveaux questionnements : Quelles informations mises dans le dossier patient pourraient s'avérer inutiles ou délétères à leur prise en soins ?

Key words : violence / emotions's management / personal representations / values / the right distance

Mots clés : violence / gestion des émotions / représentations personnelles / valeurs / juste distance

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 : 2021-2024

