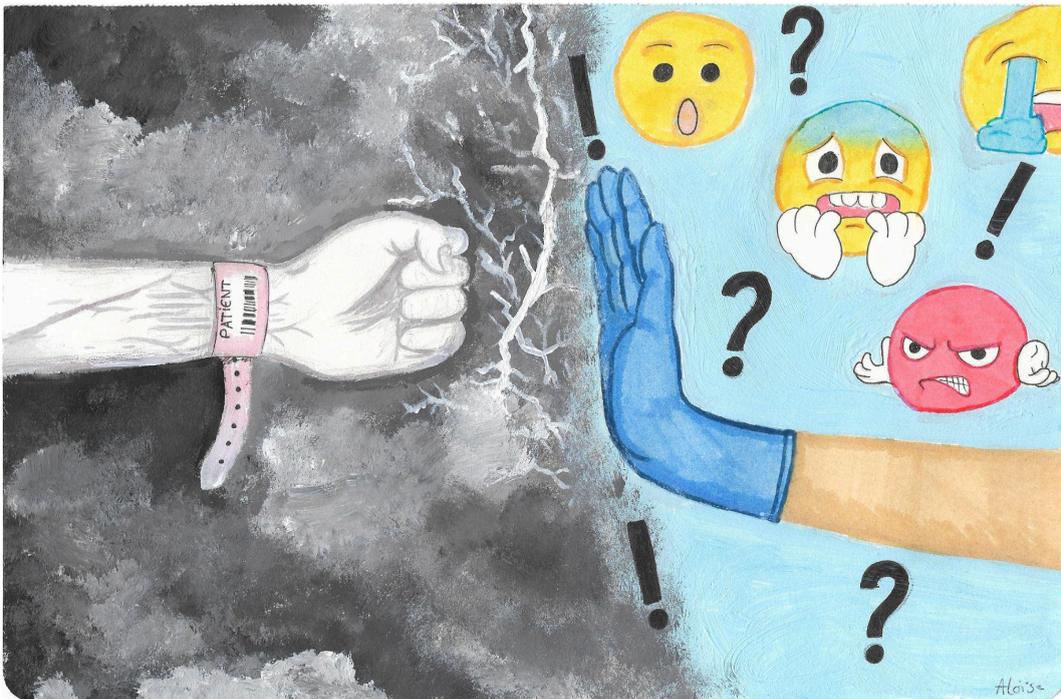




Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La gestion des émotions de l'infirmier face à un patient agressif



Formateur référent mémoire : Murielle LASBLEIZ

ROUSSELIN - Anaëlle
Formation infirmière
Promotion 2021-2024

Date : 6 mai 2024



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat Infirmier

Travaux de fin d'études :

La gestion des émotions de l'infirmier face à un patient agressif

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 5 mai 2024

Identité et signature de l'étudiant : Anaëlle Rousselin

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire :

A ma référente de mémoire, Murielle Lasbleiz, pour avoir pris le relais en cours d'année dans l'accompagnement de mon travail de recherche, ainsi que pour m'avoir guidée, conseillée et soutenue tout au long de ce projet.

A ma référente pédagogique, Kelig Auger-Duclos, pour m'avoir accompagnée et avoir été présente pour moi, tout au long de ces trois années de formation.

A mon ancien référent de mémoire et formateur à l'IFSI, Gaël Robin, pour m'avoir guidé dans la genèse de ce mémoire, et à qui je souhaite beaucoup de succès dans sa nouvelle carrière.

Aux infirmières, qui m'ont consacré de leur temps précieux, pour répondre à mes questionnements.

Aux infirmier/ères qui m'ont formée, accompagnée et encadrée avec bienveillance tout au long de mon parcours de stage. Merci d'avoir fait de moi, la professionnelle que je suis, aujourd'hui.

A toute ma famille, pour votre continuel soutien, tout au long de ma formation. Merci de m'avoir motivée et d'avoir toujours cru en moi, malgré mes doutes. Un grand merci à ma talentueuse sœur, qui a réalisé cette magnifique image de couverture pour mon mémoire.

A mes amies de l'IFSI. Tout au long de ces trois années de formation, on s'est soutenues, motivées et entraînées. Vous m'avez permis de prendre confiance en moi. J'ai vraiment passé de merveilleux moments à vos côtés, qui resteront pour toujours, gravés dans ma mémoire. Je vous souhaite tout le meilleur pour l'avenir.

A mes amies de lycée : Ludivine, Mathilde, Manon, Lisa et Maud.

Vous êtes toujours présentes pour moi, malgré les années qui passent. Merci de m'avoir motivée et d'avoir toujours cru en moi, même lorsque je ne croyais plus en rien. Merci aussi pour votre bienveillance, votre soutien, et tout l'amour que vous me donnez chaque jour.

Un grand merci plus particulièrement, à ma Maman, à mon Frère, à Ludivine et à Mathilde, qui ont pris le temps de lire attentivement mon mémoire, d'avoir corrigé les fautes et de m'avoir donné leur avis avec honnêteté.

A vous, chers lecteurs, d'avoir entrepris la lecture de mon mémoire.

Merci à vous tous !

SOMMAIRE

I. Introduction.....	1
II. Cheminement vers la question de départ.....	1
1. Situations d'appel.....	1
1.1. Situation 1.....	1
1.2. Situation 2.....	2
2. Questionnements.....	4
3. Question de départ.....	5
III. Cadre théorique.....	5
1. Agressivité et violence à l'hôpital.....	5
1.1. Contexte sociétal actuel.....	5
1.2. Définition du contexte de service de médecine adulte.....	6
1.3. Définition de l'agressivité.....	6
1.4. Différences entre agressivité et violence.....	7
1.5. Facteurs de l'agressivité.....	7
1.6. Impact de l'agressivité sur les soignants.....	8
2. Les émotions des soignants face à l'agressivité.....	9
2.1. Définition du concept d'émotion.....	9
2.2. Présentation des différentes émotions.....	9
2.2.1. La joie.....	9
2.2.2. La tristesse.....	9
2.2.3. La peur.....	10
2.2.4. La colère.....	10
2.2.5. La surprise.....	10
2.2.6. Le dégoût.....	11
2.2.7. Les émotions positives et les émotions négatives.....	11
2.2.8. Les rôles des émotions.....	11
2.3. Intelligence émotionnelle.....	12
2.4. La différence entre la peur et le stress.....	12
2.5. Mécanismes de défense.....	12
3. Le "Prendre soin" infirmier.....	13
3.1. Définition du soin.....	13
3.2. Relation soignant-soigné.....	14
3.2.1. Définition.....	14
3.2.2. L'asymétrie de la relation soignant-soigné.....	14
3.3. Empathie.....	14
3.4. Juste distance des affects et proxémie.....	15
3.5. La prise en soin infirmière face à l'agressivité.....	15
3.5.1. Communication non violente.....	15
3.5.2. Attitudes soignantes à adopter face à un patient agressif.....	16
3.5.3. Coping.....	17
3.5.4. Formations face à la violence.....	17
IV. Dispositif méthodologique du recueil de données.....	17
V. Analyse - Discussion.....	19

1. Définition du terme d'agressivité.....	19
2. Différences entre agressivité et violence.....	19
3. Facteurs déclencheurs de l'agressivité d'un patient.....	20
4. Les émotions ressenties par un infirmier face à un patient agressif.....	21
5. Les stratégies adaptatives mises en oeuvre pour contrôler les émotions ressenties en situation d'agressivité.....	22
6. Définition d'un mécanisme de défense.....	24
7. Un mécanisme de défense en situation d'agressivité : bénéfique ou néfaste ?.....	25
8. Posture professionnelle à adopter dans des situations d'agressivité.....	25
9. L'équipe soignante, une ressource dans la prise en soin d'un patient agressif.....	28
10. L'intérêt pour les soignants, des formations de gestion de l'agressivité des patients.....	29
11. Cheminement vers une question de recherche définitive.....	30
VI. Conclusion.....	30
VII. Bibliographie.....	32
Annexe I - Guide d'entretien.....	
Annexe II - Tableaux d'analyse.....	
Annexe III - Facteurs déclencheurs d'agressivité.....	
Annexe IV - Les souffrances professionnelles des soignants.....	
Annexe V - La proxémie.....	
Annexe VI - La méthode OSBD de la communication non violente.....	
Annexe VII - Entretien IDE 1.....	
Annexe VIII - Entretien IDE 2.....	
Abstract.....	

SIGLIER

UE	Unité d'enseignement
Stage et/ou sevrage OH	Stage et/ou sevrage alcoolique
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
Capteur FSL	Capteur FreeStyle Libre
CNRTL	Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
Méthode OSBD	Méthode "Observation, Sentiment, Besoin, Demande"

I. Introduction

Dans le cadre de ma formation infirmière, plus précisément des UE 3.4 “Mémoire d’initiation à la recherche en soins infirmiers” et UE 5.6 “Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles” du semestre 6, je dois réaliser un mémoire d’initiation à la recherche en soins infirmiers. J’ai eu l’occasion de réaliser différents stages qui ont été très formateurs, mais qui ont également questionné l’étudiante que je suis. Certaines de ces interrogations sont restées en suspens. Je souhaite donc, grâce à ce travail, traiter d’un sujet qui m’a questionné.

De ce fait, le sujet que j’ai choisi de traiter est le suivant : La gestion des émotions du soignant face à un patient agressif. Effectivement, ce sujet m’intéresse particulièrement puisque, lors de mes stages, j’ai pu vivre plusieurs situations dans lesquelles le patient se montrait agressif. Diverses émotions m’ont alors traversées, notamment la peur associée à de l’anxiété. Ces situations me posent donc question. En effet, lorsque je serai diplômée, je devrai être en capacité de prendre en soin ces patients, malgré leur agressivité. Aussi, je me demande comment l’infirmière en devenir que je suis, pourra gérer ses émotions de manière adaptée, dans ces situations.

Dans un premier temps, afin de débiter ce travail, je présenterai les situations d’appel qui m’ont amenées à traiter de ce sujet. Puis, j’exposerai mes différents questionnements qui en ont découlé, et annoncerai ma question de départ. Dans un second temps, je définirai dans mon cadre théorique, les concepts issus de ma question de départ, afin d’étudier les avis des auteurs. Dans un troisième temps, suite à la réalisation de deux entretiens infirmiers, j’analyserai ces derniers. Puis je comparerai les résultats obtenus avec ceux de mon cadre théorique, et exposerai mon avis personnel. Enfin, je réaliserai une conclusion pour clôturer ce travail.

II. Cheminement vers la question de départ

1. Situations d’appel

1.1. Situation 1

Cette première situation se déroule en service d’hépatologie/addictologie lors de mon stage de semestre quatre. Les patients présents pour stage ou sevrage alcoolique [OH] signent un contrat en début d’hospitalisation qui les informe qu’ils n’ont pas le droit de consommer d’alcool durant la durée de leur hospitalisation, sous risque de devoir quitter la structure. Deux fois par jour, soit une fois par équipe, les taux d’alcoolémie des patients sont donc contrôlés avec un éthylotest.

Monsieur M, hospitalisé pour sevrage OH, est parti en permission en début d'après-midi. Plus tard, étant en train de faire le tour des patients en stage et sevrage OH avec l'éthylotest, je me rends dans sa chambre. En frappant, j'entends un gros bruit, puis un deuxième. Le patient était en train de frapper dans le mur et de balancer certains de ses objets. Je me suis sentie stressée, et me suis demandée comment réagir, notamment car aucun soignant n'était autour de moi. Lorsque Monsieur M m'ouvre la porte, il a la mâchoire serrée, les poings fermés, et un regard furieux. Il voit à mon expression faciale que je suis inquiète. Monsieur M, m'explique alors que ce n'est pas contre moi qu'il est énervé et qu'il s'excuse d'être dans cet état.

Je suis, malgré mes inquiétudes, rentrée dans la chambre et lui ai demandé, s'il souhaitait en parler. Acceptant ma proposition, je l'ai laissé s'asseoir sur son lit, et je me suis installée à sa hauteur sur une chaise à une distance appropriée. J'ai respiré calmement, et lui ai demandé ce qui l'avait énervé. Il m'a alors expliqué que lors de sa permission, il n'avait pas payé ses tickets de bus, et que des contrôleurs lui ont donc mis une amende. Ce qu'il avait jeté contre le mur avant mon entrée, était son portefeuille, car Monsieur n'a pas les moyens de payer cette amende. Il m'a dit une phrase qui m'a marqué : "J'ai beau faire des efforts, ça ne sert à rien". Je me suis alors sentie très triste et démunie qu'il en soit arrivé à tirer cette conclusion. J'aurais voulu intervenir sur ce point, mais il poursuivait son discours. J'ai préféré ne pas l'interrompre. Je lui ai ensuite expliqué que je comprenais les raisons de sa colère, mais qu'il fallait voir le positif, et je lui ai dit de ne pas perdre espoir car ses efforts en valent la peine. En effet, lors de cette permission, au lieu d'acheter une bouteille d'alcool, comme ce qu'il aurait pu faire avant son sevrage, il a pris une boisson gazeuse. Je l'ai félicité car ce choix montre sa motivation et son espoir de s'en sortir. De plus, la valorisation est primordiale lors d'un sevrage. Je lui ai pour finir demandé si cela l'intéressait de parler avec un psychologue de tout cela, ce qu'il m'a affirmé.

En sortant de la chambre, il m'a remercié d'avoir pris le temps de l'écouter, et de l'avoir apaisé. Il ne ressentait plus de colère. Quant à moi, j'étais heureuse de voir et d'entendre que cet entretien avait été utile pour lui et l'avait soulagé. J'étais aussi fière d'avoir réussi à conduire cet entretien infirmier malgré mes émotions. J'ai transmis mon entretien à l'infirmière, lui ai indiqué les raisons de la colère de Monsieur, ainsi que son souhait de parler à une psychologue.

1.2. Situation 2

Cette seconde situation se déroule en service de diabétologie/endocrinologie/nutrition au cours de mon stage du semestre cinq. Je suis dans le secteur d'hospitalisation conventionnelle avec l'infirmière [IDE] A. Nous avons sept patients en soins qui sont hospitalisés pour découverte de diabète, déséquilibre de diabète, mal perforant plantaire, pathologies endocriniennes ou troubles du comportement alimentaire.

La journée débute par les transmissions de l'équipe de nuit à l'équipe du matin. Nous apprenons alors que la veille au soir, il y a eu un souci avec Monsieur S, qui est hospitalisé pour découverte de diabète. La prise en soin de ce patient est compliquée depuis son entrée du fait qu'il sort de l'enceinte de l'hôpital pour faire du skateboard et qu'il consomme des produits sucrés malgré son déséquilibre glycémique. Les médecins avaient alors mis en place une permission de sortie pour l'après-midi, la veille. L'infirmière de nuit nous informe que le patient n'est pas revenu à l'heure. Il a été ramené à 21h30 par la sécurité, contentionné à un fauteuil roulant. Il nous a été expliqué qu'il était agressif, qu'il hurlait dans le service, insultait l'équipe soignante et la sécurité et essayait de les frapper. Il aurait été retrouvé sur Rennes, alcoolisé et violent. Afin de le calmer, un neuroleptique lui a été injecté.

Suite à ces transmissions, diverses émotions m'ont traversé. Tout d'abord, de la surprise, car lors de l'entrée et des soins que j'ai pu réaliser auprès de lui, il n'a jamais eu de gestes ou paroles déplacées et agressives. Je ne le pensais pas capable d'une telle agressivité, même sous l'emprise de l'alcool. Je ressentais aussi de la peur et de l'anxiété, car Monsieur S est un patient que je prenais en soin les jours précédents. Je savais donc que j'allais devoir m'occuper de ces soins ce jour. J'avais cependant très peur de me faire frapper, et j'appréhendais énormément la journée. Je ressentais aussi la peur de l'IDE A, ce qui ne me rassurait pas. Après échange avec elle, il a été convenu que nous irions voir ce patient en dernier lors du tour infirmier, et que je ne rentrerai pas seule dans sa chambre.

Lors du tour infirmier, après avoir vu tous les patients, nous avons prévenu l'IDE S, la deuxième infirmière du secteur, que nous allions rentrer dans la chambre de Monsieur S. S'il arrivait quelque chose pendant les soins, l'IDE S pourrait réagir. Nous sommes alors rentrées dans la chambre avec le tensiomètre et les traitements. Monsieur S dormait et malgré nos sollicitations, ne se réveillait pas. Malgré la peur qu'il se réveille brutalement, et me donne un coup, je lui ai mis le brassard du tensiomètre. Ses constantes étaient bonnes mais il ne se réveillait toujours pas. Il n'était donc pas en capacité de déverrouiller son téléphone pour contrôler sa glycémie, grâce au capteur FSL. La somnolence est un effet secondaire du traitement qui lui a été injecté la veille au soir. Cependant la somnolence est également un signe d'hypoglycémie. J'ai alors indiqué à l'IDE A que j'allais chercher le matériel pour lui réaliser une glycémie capillaire. L'IDE S ayant fini son tour, a rejoint l'IDE A pour qu'elle ne soit pas seule, le temps que je prenne le matériel. La glycémie capillaire a montré que Monsieur S était en hypoglycémie à 0.50g/L. Nous avons alors malgré nos appréhensions, insisté davantage pour qu'il se réveille. Une fois éveillé, l'IDE A l'a informé qu'il était en hypoglycémie, et qu'il fallait qu'il se resucrer. Je lui ai alors donné une cuillère bombée de confiture. Il était calme, et nous n'avons pas eu de problème d'agressivité durant la prise en soin.

2. Questionnements

Suite à ces situations, je me suis posée de nombreuses questions. Je les ai ensuite triées par catégories. Cela m'a permis d'identifier les éléments principaux ressortant de mes questionnements.

Agressivité

- La première situation aurait-elle été différente si le patient avait été violent et non agressif ?
- Qu'est ce qui a déclenché l'agressivité de ces patients ?

Emotions

- Le stress et la peur dans ces situations sont-ils dû à une réaction réflexe de notre corps face à un danger ? Si oui, pourquoi peuvent-ils être bénéfiques ? Indiquent-ils un danger ?
- Pourquoi ressent-on des émotions, comme la peur et de l'anxiété dans ce type de situation ?
- Comment gérer ses émotions pour qu'elles n'envahissent pas l'esprit, et n'impactent pas le travail professionnel ?

Mécanismes de défense

- Refouler ses émotions est un mécanisme de défense. Pourquoi peuvent-ils se mettre en place dans des situations d'agressivité ? En quoi peuvent-ils être bénéfiques ou néfastes ?
- Pourquoi un risque d'épuisement émotionnel et professionnel est-il présent lorsque nous gardons nos émotions pour nous ?

Prendre soin infirmier

- En lien avec la première situation :
 - En quoi un entretien infirmier est-il adapté à un patient agressif ?
 - Comment réaliser cet entretien efficacement, en gardant le contrôle sur ses émotions ?
 - En quoi les silences peuvent-ils permettre au patient de s'exprimer davantage ?
- Comment en tant que soignant réagir face à de telles situations ?
- Comment prendre un patient agressif en soin malgré ses appréhensions ?
- Comment soigner un patient sans se mettre en danger ?
- Quelle distance physique est appropriée et à respecter avec un patient agressif, pour sécuriser les soignants, mais pour ne pas rejeter le patient ?

Equipe soignante

- Dans la première situation, me suis-je mise en danger en restant seule dans la chambre de Monsieur M, sans que personne ne soit au courant de la situation ?
- En lien avec la deuxième situation :
 - En quoi exprimer verbalement ses émotions et ses inquiétudes à un soignant, a-t-il permis de les accepter plus facilement, de les gérer et de me rassurer ?
 - En quoi avoir prévenu une autre soignante a permis à l'infirmière et moi-même de nous sécuriser ?

3. Question de départ

Suite à cette classification de mes questionnements, j'ai donc pu en dégager les idées centrales. Je décide également d'orienter mon travail de recherche dans un contexte précis, les services de médecine adulte. En effet, cela correspond à mon projet professionnel. De plus, je tiens à identifier la prise en soin dans un service qui n'est pas quotidiennement confronté à l'agressivité et à la violence. C'est pourquoi j'ai choisi de porter mon attention sur les services de médecine plutôt que les services de psychiatrie ou des urgences, qui sont davantage confrontés à ces situations d'agressivité. Tous ces éléments m'ont donc amené vers une question de départ, qui est la suivante :

En quoi les émotions de l'infirmier impactent-elles la prise en soin d'un patient agressif en service de médecine adulte ?

Ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers a pour moi divers objectifs professionnels et personnels. Tout d'abord, j'aimerais savoir comment gérer mes émotions dans des situations d'agressivité. J'ai également comme intention, d'identifier les ressources que je peux trouver dans un service. Ensuite, je voudrais comprendre ce qui peut déclencher l'agressivité d'un patient. Je souhaite aussi déterminer si, malgré les émotions ressenties, la prise en soin d'un patient agressif peut être adaptée. Et enfin, j'aimerais déterminer comment prendre en soin un patient agressif de manière adéquate, malgré ces émotions. Ce travail de recherche me permettra de répondre à mes attentes, et donc d'apporter des éléments ou des hypothèses de réponse à mes questionnements.

III. Cadre théorique

1. Agressivité et violence à l'hôpital

1.1. Contexte sociétal actuel

Nos sociétés se transforment, entraînant avec elles, une augmentation de l'agressivité et des difficultés relationnelles (Curchod, 2018). "Explosion des biens de consommation, informatisation accélérée de quasiment tous les secteurs de la société, migrations massives liées à la guerre, à la pauvreté et aux changements climatiques en cours" (Curchod, 2018, p.6). Tous ces éléments sont des facteurs de transformation de notre société. Selon Curchod (2018), la vie communautaire a laissé place à un individualisme dans lequel l'égoïsme des individus est prépondérant. Par conséquent, des tensions et conflits ont tendance à émerger.

Ces conflits sont par ailleurs retrouvés en milieu hospitalier. La transformation de nos sociétés a engendré une évolution dans le domaine médical, notamment de par une “extraordinaire évolution des moyens diagnostiques dont dispose la science d’aujourd’hui” (Curchod, 2018, p.9). Cependant, comme nous l’exprime Curchod (2018), cette dernière évolution est associée à une déshumanisation de la médecine, dans laquelle le malade est assimilé à un objet de soins. Les patients sont donc “gérés en tant qu’agglomérats de parties discrètes à faire traiter par différents spécialistes.” (Curchod, 2018, p.9). Cette déshumanisation est source de conflits entre soignants et soignés. Néanmoins, il est important de souligner que ces deux derniers sont avant tout des êtres humains. De ce fait, nous sommes confrontés à des vulnérabilités, préoccupations et fragilités, propres à chacun (Curchod, 2018). Toutefois, “Les mécanismes mis en place pour contenir nos penchants trop conflictuels s’avèrent alors des remparts bien faibles pour ne pas laisser nos peurs, notre agressivité, ou notre égocentrisme prendre le dessus ...” (Curchod, 2018, p.10).

De plus, Mehmetaj et al. (2023) nous indiquent que “Un quart des cas de violence au travail touche le domaine de la santé. Le personnel infirmier est jusqu’à trois fois plus susceptible d’en être victime que les autres professionnels du domaine.” (p.1). Les infirmiers sont donc davantage exposés car ils se trouvent en première ligne avec les patients et leur entourage. Cette agressivité traduit la frustration de ces derniers (Mehmetaj et al., 2023).

1.2. Définition du contexte de service de médecine adulte

D’après le *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [CNRTL]* (s.d.), une infirmière est une “Personne qualifiée qui s’occupe des malades, les soigne, soit sous la direction d’un médecin dans un dispensaire, une clinique, un hôpital, soit en appliquant des prescriptions médicales à domicile.” De plus, la médecine est définie comme étant la “Science qui a pour objet l’étude, le traitement, la prévention des maladies; art de mettre, de maintenir ou de rétablir un être vivant dans les meilleures conditions de santé.” (CNRTL, s.d.). Une infirmière en service de médecine est donc une personne qui va apporter des soins à des patients hospitalisés dans l’objectif de traiter ses pathologies et de lui permettre de retrouver un état de bien-être physique, mental et social. Dans un même hôpital, il peut exister divers services de médecine. Ces derniers sont souvent divisés par spécialités, telles que cardiologie, pneumologie, hépatologie... Il existe des hôpitaux et donc des services qui vont s’occuper uniquement d’enfants, et d’autres uniquement d’adultes (personnes âgées d’au moins 16 ans).

1.3. Définition de l’agressivité

L’agressivité se définit comme étant le “caractère agressif de quelqu’un, d’un animal, de quelque chose ; dispositions agressives, combativité” (Larousse, s.d.). D’après le cours de G. Robin, il s’agit aussi d’une tendance à attaquer l’intégrité physique ou psychique de l’autre (Document non

publié [Support de cours], 8 mars 2020). On comprend que l'agressivité est un comportement de combat entre deux individus qui peut se manifester avec des gestes donc physiquement, ou avec des paroles ce qui aura alors une atteinte psychique sur la victime. Selon Rézette (2011), l'agressivité est "une tentative de communiquer, d'entrer en relation" (p.33). Elle nous explique que dans un contexte de soin, l'agressivité du patient témoigne de sa souffrance intérieure, qui est elle-même liée à sa maladie. Cela pourrait en effet être reconnu comme des "reproches relatifs à sa faiblesse, à sa fragilité, à son incapacité à s'être maintenu en bonne santé" (Rézette, 2011, p.33).

1.4. Différences entre agressivité et violence

Comme précédemment noté, l'agressivité est une composante de la personnalité d'un individu qui va avoir une tendance à attaquer autrui. La violence correspond quant à elle au "Caractère de quelqu'un qui est susceptible de recourir à la force brutale, qui est emporté, agressif" (*Larousse*, s.d.). L'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] définit ce terme de violence comme "l'usage intentionnel ou menace de la force physique ou du pouvoir, contre soi-même, une autre personne ou une communauté, entraînant ou risquant fortement d'entraîner des conséquences négatives sur la santé physique, mentale ou sociale de celui ou celle qui en est victime". (OMS, 1996 cité par Carillo, 2011, p.57). Diverses caractéristiques différencient ces deux concepts, d'après le cours de G. Robin. Tout d'abord, une personne agressive a pour objectif de s'affirmer tout en nuisant à une autre personne. Tandis qu'une personne violente va menacer l'autre dans son identité dans un instinct de survie. L'activité vers laquelle tend la violence n'est pas de nuire à l'autre mais de survivre. L'agressivité suscite plaisir à faire souffrir l'autre ou à se faire souffrir contrairement à la violence qui n'en procure pas. Ensuite, une personne agressive perçoit ses capacités, et va vers l'autre, non pas pour le détruire, mais pour exister en face de lui. Elle s'exprime dans le respect du cadre, contrairement à la violence. Du fait que chez l'individu violent, l'humanité ne soit plus présente, cette même personne sort alors du champ d'application des règles morales. Enfin, ce qui permet de contrôler l'agressivité, c'est l'ambivalence des sentiments propres à l'humain. En effet, nous sommes capables de haïr ces mêmes personnes, que nous aimons. Les pulsions de vie et de mort sont alors liées. En revanche, dans la violence, la pulsion de mort s'éveille à l'intérieur de la personne à un degré extrême et ne peut pas être adoucie par la pulsion de vie. La violence est souvent un échec de l'expression verbale. (Document non publié [Support de cours], 8 mars 2020).

1.5. Facteurs de l'agressivité

Divers facteurs de l'agressivité ont été relevés par des psychosociologues comme nous l'explique Cosnier (1993). Tout d'abord, nous pouvons relever la frustration décrite par Dollard. En effet, "La frustration provoquerait des affects pénibles qui induiraient eux-mêmes des affects

agressifs.” (Cosnier, 1993, p.69). Le *CNRTL* (s.d.) définit la frustration comme une “condition du sujet qui se voit refuser ou se refuse la satisfaction d'une demande pulsionnelle”. Cette insatisfaction engendre donc une agressivité du fait de la pénibilité de la situation. De plus, en reprenant les travaux de Berkowitz, Cosnier (1993) explique que l'exposition à des événements négatifs peut également induire une agressivité. Ensuite, ce même auteur nous énonce que, d'après les travaux de Bandura, “les comportements agressifs sont appris à partir de « modèles sociaux »” (p.69). Cela signifie que lorsqu'un individu est confronté à une situation d'agressivité, il va se souvenir de la raison pour laquelle cette dernière a été utilisée, et va donc reproduire le même modèle lorsqu'il se trouvera dans le même type de contexte. Nous pouvons aussi relever le rôle de la provocation dans l'agressivité. Comme nous l'explique Cosnier (1993), “la menace, l'atteinte à la « face », la non-conformité aux règles de reconnaissance des statuts et des codes provoquent l'agressivité.” (p.69). L'agressivité engendrant elle-même de l'agressivité, cela permet de comprendre que lorsqu'une situation est vécue comme une agression par une personne, elle peut elle-même à son tour devenir agressive. Aussi, le « transfert d'agressivité » est un facteur de déclenchement agressif. Cosnier (1993) l'illustre en affirmant “A agresse B, B ne peut répondre à A, il retourne son agressivité sur C.” (p.70). Il s'agit d'un mécanisme de défense nommé “Déplacement”. Enfin, l'agressivité peut être inconsciente, c'est à dire qu'elle se traduit par “des actes aux conséquences négatives envers autrui pourtant effectués dans les « meilleures intentions ».” (Cosnier, 1993, p.71). Selon Carillo (2011), “l'agressivité traduit une souffrance physique ou morale et la tentative de se défendre contre ce qui fait souffrir.” (p.57). Plusieurs facteurs peuvent déclencher l'agressivité d'un patient, tels que “douleur physique”, “peur”, “fatigue”, “manque d'informations”, ou “addiction”. (Delevoeye, 2010 cité par Carillo, 2011, p.57).

1.6. Impact de l'agressivité sur les soignants

L'agressivité présente en milieu hospitalier va alors impacter le soignant ; plus particulièrement, l'agressivité des patients. Loriol (2001) nous explique que l'infirmier se perçoit tel une personne qui va aider et protéger ceux qui en ont besoin, ici les patients, se trouvant en situation de faiblesse. De par le concept sociétal actuel, les caractéristiques et les facteurs de l'agressivité détaillés précédemment, nous pouvons donc affirmer que des difficultés relationnelles peuvent apparaître entre le patient et l'infirmier. Ces conflits peuvent alors être sources d'insatisfaction pour le soignant qui devra se résigner. Effectivement, Loriol (2001) nous indique que “L'agressivité du malade doit être acceptée et ne reste qu'à l'infirmière qu'à « prendre sur soi »”. L'insatisfaction du soignant est associée à une souffrance professionnelle. Curchod (2018) mentionne cinq formes de souffrance : le stress, le burn out, la fatigue par compassion, la détresse morale, et le « change fatigue ». Ces diverses souffrances du soignant sont liées aux émotions que ce dernier peut ressentir.

2. Les émotions des soignants face à l'agressivité

Nous avons remarqué dans la partie précédente que l'agressivité engendre chez l'infirmier, des souffrances qui sont liées aux émotions qu'il peut ressentir. Nous allons donc présenter ce concept.

2.1. Définition du concept d'émotion

Le *CNRTL* (s.d.) définit l'émotion comme une "conduite réactive, réflexe, involontaire vécue simultanément au niveau du corps d'une manière plus ou moins violente et affectivement sur le mode du plaisir ou de la douleur.". D'après Dantzer (1988), les émotions sont des "processus mentaux complexes comprenant plusieurs composantes, une expérience subjective, le sentiment de peine pour la tristesse par exemple, une expression communicative (la mimique faciale de tristesse, les pleurs et le peu d'intérêt accordé à l'environnement) et des modifications physiologiques (la boule que je sens dans la gorge)" (p.5). D'après Lecompte (2017), "une émotion est une réaction de l'organisme à un événement extérieur, et qui comporte des aspects physiologiques, cognitifs et comportementaux.". Il nous explique que P. Ekman, un psychologue américain ayant étudié les émotions, affirme qu'il existe six émotions de base, qui sont les suivantes : joie, tristesse, dégoût, peur, colère et surprise.

2.2. Présentation des différentes émotions

D'après le cours de C. Le Bihan, nous pouvons décrire les différentes émotions relevées par P. Eckman (Document non publié [Support de cours], 4 février 2022).

2.2.1. La joie

La joie est perçue comme une émotion positive et communicative. Nos gestes vont ainsi être dirigés vers les autres dans un but de partage. Au niveau du visage, la joie entraîne une dilatation et une expansion des traits notamment au niveau de notre sourire. D'après le *CNRTL* (s.d.), la joie est une "Émotion vive, agréable, limitée dans le temps; sentiment de plénitude qui affecte l'être entier au moment où ses aspirations, ses ambitions, ses désirs ou ses rêves viennent à être satisfaits d'une manière effective ou imaginaire."

2.2.2. La tristesse

La tristesse est une émotion nous isolant des autres, permettant un retour sur soi, et une réflexion sur ses soucis. Elle peut engendrer des ruminations qui vont à leur tour, nourrir le sentiment

de tristesse. Elle se manifeste par un recroquevillement du corps, un regard baissé, les commissures des lèvres tournées vers le bas, et les sourcils en position oblique qui vont faire plisser le front. D'après le *CNRTL* (s.d.), la tristesse est l' "État d'incapacité à éprouver de la joie, à montrer de la gaieté, se traduisant notamment par les traits du visage affaissés, le regard sans éclat."

2.2.3. La peur

Il existe deux types de peur. La peur reptilienne est une peur réflexe, que nous ressentons en cas de danger. Au niveau physiologique, le visage va palir car le sang afflue dans le bas du corps pour pouvoir courir si besoin. Les bras se mettent en position de protection du visage, les yeux se ferment, le corps se contracte pour faire face au choc. La seconde peur est la peur apprise, qui s'apparente à de l'anxiété ou de l'angoisse. Elle s'appuie sur la construction de sa personnalité, sur des blocages psychologiques dus à des expériences antérieures qui se sont mal passées, des traumatismes personnels. D'après le *CNRTL* (s.d.), la peur est un "État affectif plus ou moins durable, pouvant débiter par un choc émotif, fait d'appréhension (pouvant aller jusqu'à l'angoisse) et de trouble (pouvant se manifester physiquement par la pâleur, le tremblement, la paralysie, une activité désordonnée notamment), qui accompagne la prise de conscience ou la représentation d'une menace ou d'un danger réel ou imaginaire."

2.2.4. La colère

La colère est l'émotion du combat. Elle a deux objectifs qui sont d'intimider l'autre et de se préparer au combat. Au niveau physiologique, on retrouve une tachycardie, un ton de voix augmenté, des lèvres serrées, des mâchoires contractées, ainsi qu'une température corporelle augmentée. Le corps va également produire de la testostérone qui est une hormone augmentant l'agressivité. D'après le *CNRTL* (s.d.), la colère est une "Vive émotion de l'âme se traduisant par une violente réaction physique et psychique".

2.2.5. La surprise

La surprise se caractérise par des yeux et une bouche qui s'ouvrent largement accompagnée de sourcils relevés. D'après le *CNRTL* (s.d.), la surprise est définie comme le "Fait d'être surpris, pris au dépourvu; état de trouble, émotion qui en découle", mais aussi comme "Toute émotion perceptible à la suite de cet état".

2.2.6. Le dégoût

Le dégoût se manifeste par une fermeture des yeux, une inclination de la tête en avant, des grimaces ou encore le fait de se couvrir les yeux. D'après le *CNRTL* (s.d.), le dégoût est défini tel une "Aversion, répugnance" mais aussi comme un "Manque d'intérêt ou d'estime pour quelque chose".

2.2.7. Les émotions positives et les émotions négatives

Les émotions décrites précédemment peuvent être définies telles des émotions "positives" ou des émotions "négatives". Comme l'explique Dantzer (1988), les émotions vont être caractérisées selon les sensations de plaisir qu'elles peuvent procurer. En effet, "les émotions agréables ou positives accompagnent la survenue ou l'anticipation d'évènements gratifiants ; les émotions désagréables ou négatives sont associées à l'expérience de la douleur, du danger ou de la punition" (Dantzer, 1988, p.9). Nous comprenons ainsi, que notre perception de chacune des six émotions dépend de l'interprétation de la situation rencontrée. Selon cette dernière, deux individus pourront donc percevoir différemment leurs émotions dans un contexte d'agressivité.

2.2.8. Les rôles des émotions

Dantzer (1988) nous explique que les émotions ont des fonctions. Elles sont universelles, que ce soit chez l'Homme ou chez l'animal. Il en déduit alors que les émotions sont des "processus adaptatifs, favorisant la survie de l'individu et de l'espèce" (p.12). Lorsqu'elles sont associées à certaines situations, elles permettent donc de nous avertir d'un danger potentiel. Elles permettent aussi d'orienter notre action. En effet, la catégorisation "agréable/désagréable ou bénéfice/risque" (Dantzer, 1988, p.12) nous permet d'évaluer le monde qui nous entoure et ainsi de réaliser l'action qui est la plus adaptée à la situation rencontrée. Enfin, selon lui, les émotions ont un rôle de signal. Elles sont caractérisées universellement selon "la posture, l'expression faciale, la gestualité et l'expression vocale" (Dantzer, 1988, p.12). Selon l'état émotionnel des personnes qui nous entourent, nous adaptons alors nos propres comportements. Cosnier (1993) nous explique par ailleurs, que "l'existence de patterns expressifs bien différenciés suggère que les manifestations émotionnelles fournissent des informations à autrui" (p.28), validant les propos de Dantzer. Ainsi, lorsqu'un soignant est confronté à l'agressivité, les émotions qu'il perçoit selon son interprétation de la situation, vont l'avertir d'une menace potentielle, signaler le risque aux personnes qui l'entourent et le guider dans ses interventions.

2.3. Intelligence émotionnelle

L'intelligence émotionnelle a été soulignée par le psychologue américain D. Goleman, d'après le cours de C. Le Bihan. L'intelligence émotionnelle est la capacité à reconnaître et à maîtriser les émotions en soi et chez les autres. D. Goleman a décrit cinq composantes de l'intelligence émotionnelle : la conscience de soi, la maîtrise de soi, la motivation, l'empathie et les aptitudes sociales (Document non publié [Support de cours], 4 février 2022). Comme l'indiquent Launet et Peres-Court (2023), "Les émotions sont ressenties selon notre propre personnalité Plus une personne se sent stable, plus elle peut faire face aux événements et les anticiper.". Une même émotion peut ainsi être ressentie de manière différente par plusieurs personnes. De plus, nous n'avons pas tous les mêmes capacités pour reconnaître et gérer nos émotions, ce qui entraîne des réactions variées qui vont différer selon les personnes (Launet & Peres-Court, 2023). Plus une personne fait preuve d'intelligence émotionnelle, plus elle sera en capacité de faire face aux diverses situations rencontrées.

2.4. La différence entre la peur et le stress

Selon le *CNRTL* (s.d.), le stress est une "agression de l'organisme par un agent physique, psychique, émotionnel entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d'adaptation". Il est important de noter que contrairement à la peur qui est une émotion, le stress est une réponse de notre organisme dans un environnement spécifique. Moisson-Duthoit (2016) nous explique par ailleurs que "L'échelle de stress perçu de Cohen repose sur la conception transactionnelle du stress selon laquelle le stress ne repose ni dans l'environnement ni dans l'individu mais dans la transaction particulière entre l'individu et son environnement.". Selon elle, il est possible de s'adapter grâce à des "stratégies individuelles mises en œuvre pour réduire les tensions, par des actions sur les causes (coping centré sur les problèmes) ou sur les émotions (coping centré sur les émotions)". D'après le cours de C. Le Bihan, le stress est composé de trois phases : une phase d'alarme, une phase de résistance et une phase d'épuisement (Document non publié [Support de cours], 23 février 2022). Dans un environnement perçu comme agressif, le stress peut être une réponse de l'individu, ici du soignant. Le coping lui permettra donc de s'adapter et de dénouer le conflit.

2.5. Mécanismes de défense

Selon Rézette (2011), un mécanisme de défense est "un moyen inconscient, pour le soignant, de se protéger contre l'émotion et l'angoisse qu'elle pourrait générer" (p.113). Chabrol (2005) définit quant à lui, les mécanismes de défense comme étant "des processus mentaux automatiques, qui s'activent en dehors du contrôle de la volonté et dont l'action demeure inconsciente, le sujet pouvant

au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement.”. Nous pouvons donc comprendre qu'un mécanisme de défense est inconscient et qu'il sert à se protéger soi-même de situations extérieures. Selon Rézette (2011), tout soignant a des mécanismes de défenses qui se mettent en place, en réponse à des situations de souffrances, ce qui est, comme elle le dit, “normal et vital” (p.113). Chabrol (2005) cite et décrit de nombreux mécanismes de défenses mis en œuvre chez tout individu, incluant les soignants. Nous trouvons notamment le refoulement, l'identification, le déplacement, ou encore, le déni. Lorsque le patient est agressif, les émotions ressenties par le soignant peuvent le faire souffrir. Pour se protéger, des mécanismes de défenses pourront alors se mettre en place chez lui, de manière inconsciente. Cependant, il est primordial que l'infirmier reste conscient de l'impact des mécanismes de défenses et donc de ses émotions sur la prise en soin des patients, afin que cette dernière soit la plus adéquate possible.

3. Le “Prendre soin” infirmier

Nous avons remarqué dans la partie précédente que les émotions des infirmiers peuvent impacter la prise en soin des patients agressifs. Cet impact peut être positif grâce aux rôles des émotions tels que l'alerte. Mais les émotions peuvent également avoir un impact négatif sur la prise en soin, notamment du fait des mécanismes de défense ou encore d'une mauvaise gestion des émotions. Nous allons donc explorer ce concept de “prendre soin” infirmier auprès d'un patient agressif, afin que l'impact des émotions sur ce dernier soit limité.

3.1. Définition du soin

Selon *Larousse* (s.d.) les soins sont les “Actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un”, mais aussi les “Actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps”. D'après ces définitions, les soins peuvent être séparés en deux dimensions : relationnel et technique. Le soin relationnel correspond à la communication, l'empathie, ou l'accompagnement, qui vont permettre d'établir une relation soignant-soigné de qualité. Elles permettent en tant que soignant de prendre en soin le patient de manière globale, personnalisée et adaptée afin d'assurer son bien-être physique et moral. Le soin technique correspond quant à lui à la réalisation d'actes médicaux ou paramédicaux qui ont pour objectif de prévenir, traiter ou soulager un patient. L'article R4311-2 du Code de la Santé Publique du 29 juillet 2004, encadre législativement cette notion de soins infirmiers composée de soins techniques et de soins relationnels. En effet, il nous est dit que “Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques.” Ces deux composantes sont donc primordiales dans toute prise en soin d'un patient par un infirmier.

3.2. Relation soignant-soigné

3.2.1. Définition

D'après le *CNRTL* (s.d.), la relation se définit comme "Rapport, liaison qui existe, est conçu comme existant entre deux choses, deux grandeurs, deux phénomènes." En lien avec notre concept de relation soignant-soigné, on peut en déduire qu'il s'agit d'une interaction entre le soignant, soit le professionnel de santé qui va prendre soin, et le soigné, soit le patient, la personne qui souffre et qui attend de recevoir des soins. D'après Curchod (2018), "Il n'y a pas de soins sans l'établissement de relations entre les êtres humains, dont certains demandent - plus ou moins explicitement - à être soignés, alors que d'autres ont la mission de répondre aux besoins de santé de la population."(p.4). Il explique qu'au cœur de cette relation, les patients expriment leurs préoccupations, et reçoivent les soins nécessaires. Les soignants, eux, vont entendre et analyser les demandes des patients, puis leur apporter des réponses (Curchod, 2018). Des liens de confiance vont se créer entre soignant et soigné.

3.2.2. L'asymétrie de la relation soignant-soigné

Rézette (2011) constate que cette relation est asymétrique : "Il n'y a pas d'égalité. Le soigné a besoin des compétences de l'infirmier, il ne s'intéresse pas à lui pour ses qualités humaines au préalable mais pour ses compétences professionnelles. En outre, comme il ne l'a pas choisi le plus souvent, il y a donc un moment d'adaptation nécessaire." (pp.8-9). Elle nous explique aussi que la relation soignant-soigné est symbolisée par l'égard porté au patient. Cette attention va se traduire par un respect de l'autonomie du patient ou encore, de l'informer, tel est son droit. Pour que cette relation soit riche et adaptée, le dialogue est primordial. R. Pougnet et L. Pougnet (2023) soulignent également cette asymétrie et mettent en évidence une "asymétrie de vulnérabilité dans l'acte présent d'être ou non malade, asymétrie de demande, asymétrie de savoir, asymétrie de pouvoir agir" (p.17).

3.3. Empathie

L'empathie est "la capacité de se mettre à la place de l'autre et de ressentir ses sentiments et ses émotions" (Blouin & Bergeron, 1995 cités par Bioy, 2003, p.26). Bioy (2003) poursuit en nous expliquant qu'"Il ne s'agit donc pas de prendre la place du patient, mais de comprendre la vie intérieure d'autrui" (p.26). Rézette (2011) définit quant à elle l'empathie comme "la capacité à s'identifier ... à autrui, à ressentir ce qu'il ressent" (p.19). Elle nous explique ensuite que face à un patient qui souffre, l'infirmier va entendre ces maux, et y prêter attention. Il réalise les soins de manière à soulager le patient. C'est en cela que consiste l'empathie. Grâce à cette capacité, le patient

ne sera donc pas traité tel un objet, et sa douleur sera entendue et soulagée. Cependant, il est important de noter que “l’on pense que l’autre souffre de la même manière que l’on souffre alors que cela peut être très différent” (Rézette, 2011, p.21). Cela permet de faire un lien avec les explications de Bioy, et de comprendre que l’empathie ne consiste pas à s’identifier à l’autre, de ne pas prendre sa place, mais bien d’essayer de percevoir ce qu’il ressent. Le risque de l’empathie est par conséquent de s’identifier au patient. L’identification est donc un “mécanisme de défense du soignant qui peut entraver le bon accompagnement du soigné” (Rézette, 2011, p.22). Selon elle, “l’infirmier apporte soin et aide à une personne qui en a besoin et qui reste clairement différenciée de lui mais pour laquelle il cherche la meilleure stratégie de soins possible afin d’atténuer sa douleur” (p.23). La juste distance des affects est donc primordiale afin de montrer une attitude empathique adaptée.

3.4. Juste distance des affects et proxémie

Selon Rézette (2011), la juste distance des affects n’a pas pour mission de “protéger le professionnel d’un attachement, d’une peine, d’une souffrance mais c’est en fait l’engager à analyser ce qu’il ressent et à s’en servir en faisant la part des choses”(p.28). Cette juste distance émotionnelle est donc à trouver. Cependant une distance physique adaptée avec le patient, la proxémie, est également essentielle. Il s’agit de la “science qui étudie l'utilisation et l'organisation signifiante de l'espace dans les relations entre les êtres animés.” (*Le Robert*, s.d.). Selon Delamarre (2014), “les proxémies sont les distances physiques que nous maintenons entre nous et autrui suivant le type de relation que nous établissons avec lui.”. Cela correspond donc aux distances qui séparent deux personnes qui communiquent. “Ces distances sont équivalentes à des sphères, à des « bulles » qui entourent notre corps, et dont la taille va varier suivant les contextes relationnels dans lesquels nous nous trouvons.”(Delamarre, 2014). Hall E. “a identifié quatre distances de base” (Bioy, 2003, p.46) : l’espace intime (15 à 45 centimètres), l’espace privé (45 à 120 centimètres), l’espace social (120 à 350 centimètres), et l’espace public (plus de 350 centimètres). La proxémie est primordiale dans la relation soignant-soigné et donc dans la prise en soin de tout patient. Le respect de ces distances permet d’éviter que le soignant soit distant, ou au contraire d’éviter au patient des sensations d’agression.

3.5. La prise en soin infirmière face à l’agressivité

3.5.1. Communication non violente

Selon le *CNRTL* (s.d.) la communication est un “Processus par lequel une personne (ou un groupe de personnes) émet un message et le transmet à une autre personne (ou groupe de personnes) qui le reçoit, avec une marge d'erreurs possibles (due, d'une part, au codage de la langue parlée ou

écrite, langage gestuel ou autres signes et symboles, par l'émetteur, puis au décodage du message par le récepteur, d'autre part au véhicule ou canal de communication emprunté)." Du fait, des erreurs potentielles pouvant émaner des échanges verbaux, nous pouvons affirmer que dès lors qu'on parle de communication, peuvent naître des conflits. De plus, le conflit se définit comme une "Forte opposition, divergence profonde, différend grave, vif désaccord" (CNRTL, s.d.). Ses conflits peuvent favoriser l'agressivité, voire la violence. Afin de résoudre ces derniers, ou même de les éviter, la communication non violente peut alors être utilisée. Il s'agit d'un processus élaboré par Marshall R., pour améliorer nos relations avec autrui et résoudre les conflits avec bienveillance (Huet et al., 2020). Selon le cours de G.Robin, elle consiste à utiliser la méthode OSBD, dont l'acronyme signifie "Observation, Sentiment, Besoin, Demande". Tout d'abord, l'observation correspond aux faits observés et exprimés sans jugement. Ensuite, le sentiment traduit les émotions et sensations ressenties du fait de l'observation. De plus, le besoin représente les valeurs que nous possédons, qui ont pu ne pas être respectées durant le conflit. Enfin, la demande doit être exprimée de manière claire et sans exigence. (Document non publié [Support de cours], 8 mars 2022)

3.5.2. Attitudes soignantes à adopter face à un patient agressif

Lorsqu'un patient se montre agressif, il est légitime pour le soignant de réagir de manière ferme, de se montrer froid ou même de manquer d'empathie. Cependant, ces attitudes peuvent augmenter l'agressivité du patient (Quali-santé.com, 2024). Adopter une attitude adaptée à la situation d'agressivité est donc nécessaire comme le site internet dédié aux professionnels de santé, nous l'indique. Pour cela, il est tout d'abord nécessaire d'évaluer l'état du patient afin de comprendre les facteurs déclencheurs de cette agressivité (Quali-santé.com, 2024). Ensuite, le soignant peut écouter le patient, l'encourager à s'exprimer et à verbaliser afin de l'apaiser (Carillo, 2011, p.58). Selon Carillo (2011), il est aussi possible de "mettre des mots sur ce que la personne semble ressentir et lui montrer que son malaise est perçu" (p.58). Enfin l'infirmier peut aider le patient à trouver une solution permettant de l'apaiser et répondant à la problématique ayant causé cette agressivité (Quali-santé.com, 2024). Afin de ne pas accentuer l'agressivité du patient, il est primordial de "ne pas contredire", d'"écouter sans interrompre", de "parler lentement avec une voix calme et posée" ou encore de "poser des questions au patient" (Quali-santé.com). Enfin, il est primordial de ne pas oublier que l'infirmier n'est pas seul, et qu'il peut faire appel à un collègue infirmier ou autre professionnel de l'équipe soignante. Réfléchir en équipe permet de "trouver des solutions de manière collégiale, prendre du recul, se sentir soutenu et compris dans les difficultés" (Quali-santé.com, 2024). Le travail en équipe est en effet une ressource pour les soignants, qu'il ne faut pas négliger.

3.5.3. Coping

Selon Pronost (2012) le coping est un “processus dynamique de la personne, un mode de faire face à une situation stressante, variable selon la situation globale, selon l'état du sujet et selon le stade d'interaction entre le sujet et la situation.” Il ajoute que le coping est un “facteur stabilisateur permettant à l'individu de maintenir une adaptation psychosociale pendant les périodes de stress.” Ainsi, lorsque le soignant est confronté à une situation d'agressivité, où dans laquelle un stress est ressenti, il s'adaptera grâce à des stratégies qu'il mettra en œuvre. C'est en cela que consiste le coping.

3.5.4. Formations face à la violence

Mehmetaj et al. (2023) nous indiquent qu'une formation spécifique axée sur la violence a été mise en place dans la Haute école de santé à Fribourg, en Suisse. Cette formation traite notamment de la thématique de la violence et l'agressivité des personnes soignées ou de leurs proches, afin d'apporter aux étudiants des éléments pour prévenir et gérer ces situations. Ils nous présentent les bénéfices de cette formation pour les étudiants infirmiers : “développement de connaissances appropriées concernant la violence et l'agressivité et leurs conséquences pour l'ensemble des actrices et acteurs du système de santé, mobilisation d'attitudes adéquates face aux situations problématiques, augmentation de la confiance en soi, utilisation des stratégies de «coping» centrées sur le problème” (Mehmetaj et al., 2023, p.3). Il existe également des formations de gestion de l'agressivité des patients pour les soignants diplômés. “Pour les soignants, devoir faire face à l'agressivité des patients ou de leur entourage est une situation récurrente” (Quali-santé.com, 2024). Le programme de la formation de gestion de l'agressivité est détaillé sur le site dédié aux professionnels de santé, et traite notamment des processus en jeu dans l'agressivité et leur fonctionnement, des méthodes pour réagir face aux situations d'agressivité, des postures à adopter dans ces situations conflictuelles ainsi que des astuces pour gérer son stress (Quali-santé.com, 2024). Ces formations permettent aux infirmiers d'avoir des outils pour prendre en soin de manière optimale les patients se montrant agressifs.

IV. Dispositif méthodologique du recueil de données

Afin de relever des informations significatives auprès des infirmiers/ères, j'ai réalisé un guide d'entretien. Ce dernier contenait diverses questions qui avaient pour but de répondre à onze objectifs. Pour commencer, je souhaitais découvrir les expériences professionnelles des infirmières avec qui j'allais m'entretenir. Mon premier objectif était donc d'identifier le parcours professionnel de l'intervenant. Ensuite, je souhaitais aborder la thématique d'agressivité et violence à l'hôpital. Pour cela, mes objectifs étaient de définir le terme d'agressivité, d'identifier les différences entre agressivité

et violence et également de repérer les facteurs pouvant déclencher l'agressivité d'un patient. Par la suite, j'ai questionné mes interlocuteurs sur la thématique des émotions des soignants face à l'agressivité. Premièrement, en ce qui concerne les émotions, mes objectifs d'entretien étaient d'identifier les émotions pouvant être ressenties par un infirmier lorsque le patient se montre agressif et d'identifier les stratégies adaptatives mises en œuvre pour contrôler leurs émotions ressenties. Secondement, j'ai axé mes interrogations sur les mécanismes de défenses, avec pour objectifs de définir un mécanisme de défense et d'identifier le caractère bénéfique ou néfaste de celui-ci dans une situation d'agressivité. Enfin, nous avons échangé sur le prendre soin infirmier d'un patient agressif. Mes objectifs étaient d'identifier la posture professionnelle à adopter, de repérer les éléments qui font que l'équipe soignante est une ressource et de préciser l'intérêt pour les soignants, des formations de gestion de l'agressivité des patients.

A l'aide de mon guide d'entretien, j'ai réalisé mes entretiens avec deux infirmières qui travaillent dans le même service. L'une d'entre elle est diplômée de 2002, et la seconde de 2022. J'ai choisi de m'entretenir avec des infirmières de service de médecine adulte afin de répondre de manière conforme à ma problématique, qui est axée dans ce type de service. Concernant le profil des infirmières, je souhaitais m'entretenir avec une infirmière expérimentée, et une infirmière nouvellement diplômée. En effet, cela me permettait d'observer si les manières de prendre en soin et de réagir face à un patient agressif, diffèrent selon l'expérience des infirmiers.

Avec l'aide de ma référente de mémoire, nous avons contacté la cadre de ce service de médecine, qui m'a alors mise en contact avec la première infirmière avec qui je me suis entretenue. Suite au premier entretien, l'infirmière m'a mise en contact avec une de ses collègues intéressée pour répondre à mes interrogations. Les deux entretiens ont eu lieu dans le service où ces soignantes exercent. Afin de faciliter mon recueil de données, j'ai enregistré les échanges, à l'aide de mon téléphone, après consentement oral des infirmières.

Au cours de la prise de contact avec des professionnels, j'ai rencontré des difficultés liées notamment à une absence de réponses. De ce fait, j'ai été limitée dans le choix des services des infirmières avec qui je souhaitais m'entretenir. En effet, j'aurais souhaité réaliser mes entretiens dans deux services distincts. Par chance, le profil des infirmières avec qui je me suis entretenue correspondait à mes attentes.

V. Analyse - Discussion

1. Définition du terme d'agressivité

Lorsque les infirmières définissent l'agressivité, elles expriment que cette dernière est déclenchée par certains éléments, et se manifeste de différentes manières. En effet, il est mis en avant que l'agressivité est déclenchée par un “*mal être*”, un “*déni*” dans l'annonce d'une maladie ou encore une “*émotion*”. L'agressivité peut se manifester verbalement ou physiquement. Selon elles, l'agressivité verbale prédomine sur le non verbal. Cependant l'agressivité physique est vécue telle une intrusion dans leur espace intime, la proxémie n'étant plus adaptée. De plus, elles illustrent ces manifestations. En tant que soignantes, elles sont confrontées à des propos agressifs, correspondant à l'agressivité verbale ; ainsi que parfois à des coups correspondant à l'agressivité non verbale.

Comme vu précédemment, Rézette (2011) définit quant à elle l'agressivité comme “une tentative de communiquer, d'entrer en relation” (p.33). Elle est en accord avec les infirmières sur le fait que l'agressivité peut être déclenchée par un “mal être”. Elle explique en effet que l'agressivité du patient témoigne de sa souffrance intérieure. Robin G. exprime dans son cours, que l'agressivité vise à attaquer l'intégrité physique ou psychique de l'autre. Cela signifie que l'agressivité peut être non verbale ou verbale. Ces termes correspondent aux manifestations de l'agressivité, décrites par les infirmières. Je suis d'accord avec le point que l'agressivité puisse se manifester de manière verbale ou physique. Mes situations d'appel peuvent effectivement l'illustrer. Dans ma première situation, le patient était en train de frapper dans le mur et de balancer certains de ses objets. Cela correspond à de l'agressivité physique. Dans ma seconde situation, les deux manifestations de l'agressivité sont présentes. Premièrement, l'agressivité verbale est montrée, par les hurlements et les insultes dirigées contre l'équipe soignante et la sécurité. Deuxièmement, le patient a essayé de frapper les soignants, ce qui correspond à l'agressivité non verbale. Ces éléments permettent d'apporter une définition au terme d'agressivité, ce qui me semble crucial avant de traiter de la prise en soin d'un patient agressif.

2. Différences entre agressivité et violence

Il existe des différences entre agressivité et violence. La violence est perçue par les infirmières comme une situation qui bouleverse. Tandis que l'agressivité correspond davantage à la verbalisation d'une émotion ressentie. Cependant elles expriment que l'agressivité et la violence se manifestent identiquement. En effet, elles peuvent toutes deux se révéler de manière verbale ou non verbale. De ce fait, différencier ces termes, n'est pas évident, comme l'expriment les infirmières, qui ont alors rencontré des difficultés pour répondre.

Afin de réaliser ce travail de recherche, portant sur la prise en soin d'un patient agressif, il me paraît essentiel de différencier les termes d'agressivité et de violence. Tout d'abord, les représentations de ces infirmières m'amènent à en déduire que la violence est considérée comme ayant des conséquences plus graves que l'agressivité. Cela peut être dû au fait qu'un individu violent, sort du champ d'application des règles morales, comme appris au cours de la formation. De plus, nous pouvons remarquer que la définition de la violence donnée par l'OMS fait apparaître cette notion de conséquences néfastes pour la victime : "entraînant ou risquant fortement d'entraîner des conséquences négatives sur la santé physique, mentale ou sociale de celui ou celle qui en est victime". Je remarque aussi que l'agressivité est perçue comme une "verbalisation d'une émotion ressentie" par les infirmières. Cependant elles notent également que cette agressivité peut se manifester de manière physique. Cela m'amène à être en accord avec les soignantes. En effet, malgré mes recherches et les enseignements apportés au cours de la formation, la distinction entre ces deux termes reste compliquée. D'autant plus, que dans la vie courante, ils sont souvent utilisés de manière indifférenciée.

3. Facteurs déclencheurs de l'agressivité d'un patient

L'agressivité est un phénomène multifactoriel. De nombreux facteurs peuvent déclencher l'agressivité d'un patient. Pour commencer, les infirmières parlent en premier lieu, de l'agressivité liée au ressenti du patient. Selon elles, le patient peut se montrer agressif, lorsqu'il est douloureux, stressé, frustré et qu'il ressent un mal être ou des émotions négatives ("*colère*", "*incompréhension*").

L'agressivité peut également être liée aux facteurs personnels et intrinsèques du patient tels que la personnalité ou la démence. Par ailleurs, les infirmières insistent fortement sur l'influence des troubles cognitifs sur cette agressivité. Effectivement, les termes "troubles cognitifs" et "démences" ont été cités au total treize fois par les infirmières, lors des entretiens.

Ensuite, le vécu de la maladie et du soin peut également engendrer de l'agressivité chez le patient. Effectivement, un déni de la maladie, un refus de soin, ou un lien avec le soignant qui n'est pas créé, peut procurer chez le patient de l'agressivité.

De plus, le fonctionnement du système hospitalier peut engendrer de l'agressivité chez le patient. Ce dernier est parfois contraint de cohabiter avec un voisin de chambre, ce qui n'est pas évident à accepter. Les infirmières insistent aussi sur le rôle que joue le manque d'information dans le déclenchement de l'agressivité du patient : "*Les patients manquent d'information sur leur devenir, sur ce qu'on va leur faire, sur pourquoi, comment*". Le manque de temps pour écouter le patient, le manque de communication dans la relation soignant-soigné ainsi que la perturbation du sommeil des patients, sont aussi des complications liées à l'hospitalisation, qui peuvent contribuer à l'agressivité.

Enfin, il est important de prendre en compte la situation sociale du patient. Problèmes familiaux, financiers et insatisfaction quant au devenir, peuvent aussi être source d'agressivité chez les patients.

Caractériser l'agressivité grâce aux éléments qui la déclenche, me semble fondamental pour répondre à ma question de départ, et prendre en soin convenablement un patient agressif. Tout d'abord, les avis des soignantes concernant les facteurs déclencheurs de l'agressivité, correspondent aux dires des auteurs cités dans le cadre théorique. En effet, les infirmières expriment que *“l'agressivité est un phénomène multifactoriel”*, puis citent de nombreux facteurs. Les auteurs en mentionnent également dans leurs ouvrages. Cosnier (1993) indique que l'agressivité peut être due à une frustration, à la provocation, ou encore à un phénomène de “déplacement”. Carillo (2011) évoque quant à elle la douleur physique, la peur, la fatigue, et le manque d'information. Nous remarquons que les infirmières relèvent ces mêmes facteurs. Elles notent toutefois que la démence peut jouer aussi un rôle dans l'agressivité. Il me semble important de le préciser au vu du nombre de fois qu'il a été mentionné lors des entretiens. D'autre part, Carillo (2011) mentionne l'addiction comme facteurs d'agressivité du patient, contrairement aux infirmiers qui ne le relèvent pas. Au vu de mes propres expériences, je dirai que l'agressivité peut aussi être déclenchée par l'addiction. Cependant, par addiction, j'entends personnellement, une agressivité liée au manque de la substance addictive, et une agressivité liée aux effets de la substance addictive sur le comportement. Carillo (2011), dit que *“l'agressivité traduit une souffrance physique ou morale et la tentative de se défendre contre ce qui fait souffrir.”* Selon moi, cette citation résume l'ensemble des facteurs engendrant de l'agressivité. En effet, que ce soit ceux mentionnés par les auteurs, ou par les soignantes, ils sont pour moi, liés à la souffrance physique ou morale du patient. Avant de réaliser ce mémoire, si un patient était agressif envers moi, je me serais demandée ce que j'avais fait de mal. Grâce à mes recherches littéraires et mes échanges avec des infirmières, j'ai découvert que l'agressivité des patients pouvait être déclenchée par de nombreux facteurs. Après réflexion, je me rends compte que dans la majorité des situations d'agressivité que j'ai pu rencontrer, le problème ne venait pas du soignant. Savoir cela, me permettra à l'avenir de relativiser dans la situation, et donc de mieux gérer mes émotions. De ce fait, mes émotions étant contrôlées, leur impact sur la prise en soin du patient sera limité. Je pourrai donc être en capacité d'investiguer auprès du patient pour connaître la source de son agressivité, et la prise en soin du patient sera optimisée.

4. Les émotions ressenties par un infirmier face à un patient agressif

Lorsque le patient se montre agressif, diverses émotions sont ressenties par les soignants. La colère, la peur et la tristesse sont les émotions sur lesquelles les infirmières insistent, malgré qu'elles puissent varier d'une personne à une autre. Effectivement, en ce qui concerne la peur, nous remarquons que l'une des soignantes a cité quatre fois ce terme lors de l'entretien, tandis que la seconde ne l'a pas cité. De plus, la peur peut se manifester de deux manières : la peur réflexe qui correspond à la peur d'une nouvelle agression ; et la peur apprise qui s'apparente à de l'angoisse et du stress. Une des infirmières reconnaît en second lieu que les émotions peuvent ne pas être ressenties : *“on a tellement l'habitude, je ne sais pas si on peut dire qu'on ne ressent rien”*.

Il m'apparaît essentiel d'identifier les émotions ressenties par les soignants afin de déterminer l'impact qu'elles peuvent avoir, sur la prise en soin d'un patient agressif. De mon point de vue, nous sommes quotidiennement confrontés à des situations pouvant engendrer des émotions. Les auteurs expriment que les émotions sont des réactions réflexes et involontaires de notre organisme, déclenchées face à un événement extérieur. Cet événement correspond, ici, à une situation d'agressivité. Nous avons aussi découvert que P. Ekman a identifié six émotions de base. Parmi ces dernières, seules la colère, la peur et la tristesse ont été relevées par les infirmières. Je suis en accord sur le fait que ces émotions puissent être ressenties en cas d'agressivité. A mon avis, la surprise est également une émotion pouvant être ressentie, comme dans mes situations d'appel. En effet, elle peut être présente lorsque le patient devient agressif alors qu'il ne montrait pas d'antécédent, ou de signes évoquant cette agressivité. Les émotions peuvent être perçues comme agréables ou désagréables comme l'explique Dantzer (1988). Nous avons alors pu remarquer que notre perception des émotions dépend de l'interprétation de la situation d'agressivité. Cela explique que les deux infirmières n'aient pas évoqué les mêmes émotions. L'une d'entre elles insiste principalement sur la peur comme émotion dominante, contrairement à la seconde soignante. Toutefois je pense que cela dépend également de la personnalité de l'individu, ainsi que de son expérience. L'infirmière exprimant cette émotion de peur, est celle étant plus expérimentée, mais également celle qui a décrit une situation d'agressivité bouleversante. De plus, Curchod (2018) nous a indiqué que les émotions du soignant peuvent induire des souffrances professionnelles, notamment le burn out ou la détresse morale. Je suis en accord avec ce qu'exprime l'auteur. Ainsi, les émotions peuvent induire des conséquences négatives sur la prise en soin d'un patient, au travers de ces souffrances professionnelles. Une gestion des émotions me semble donc nécessaire.

5. Les stratégies adaptatives mises en oeuvre pour contrôler les émotions ressenties en situation d'agressivité

Afin de contrôler leurs émotions face à l'agressivité des patients, les infirmières mettent en place diverses stratégies adaptatives. Premièrement, il est important de se détacher de la situation soit physiquement en sortant de la chambre, soit psychologiquement en prenant du recul. De plus, respirer permet de se recentrer, et le lâcher prise permet de relativiser.

Deuxièmement, communiquer ses émotions est essentiel afin de pouvoir, par la suite, en garder le contrôle. Les infirmières insistent sur l'intérêt de parler : autour de soi, avec les collègues, avec le cadre... Cela permet de ne pas rester seul avec l'expérience d'agressivité vécue. Il est également possible de s'entretenir avec un psychologue qui pourra aider à surmonter ces épreuves et permettre de garantir un meilleur contrôle des émotions.

Troisièmement, une stratégie permettant de gérer ses émotions, est de comprendre la situation qui vient de se dérouler, avec ce patient agressif. La réflexion est pour cela un outil favorisant l'analyse de la situation et permettant également de repenser ultérieurement à la situation vécue, afin de trouver des

hypothèses d'explications à l'agressivité du patient. Par ailleurs, cette réflexion pourra permettre de relativiser et donc de se détacher de la situation. Pour comprendre l'agressivité du patient, le soutien de l'équipe est également essentiel, comme nous l'expriment les soignantes. En effet, le fait de discuter avec les collègues est un élément qui a été indiqué de nombreuses fois lors des entretiens, révélant ainsi l'importance de l'équipe dans la gestion des émotions.

Pour finir, prendre soin de soi est un élément indispensable afin de contrôler au mieux ses émotions, notamment en se divertissant en dehors du lieu d'exercice, et en pratiquant une activité physique.

Les émotions auxquelles les soignantes sont confrontées, du fait du bouleversement d'une situation d'agressivité, doivent être contrôlées afin de limiter l'impact sur la prise en soin. Il me semble donc primordial de repérer les stratégies adaptatives mises en place par les soignantes. En effet, pour ne pas se laisser submerger par ses émotions face à un patient agressif, de nombreuses stratégies adaptatives existent, comme nous le révèlent les infirmières. Toutefois, comme nous l'avons découvert à l'aide des recherches littéraires, nous ne sommes pas tous égaux dans la gestion de nos émotions. Cette inégalité entraîne une variabilité dans les réactions face à des situations d'agressivité. Selon moi, cela permet d'expliquer que la manière de contrôler ses émotions, entre ces deux infirmières, diffère, malgré des caractéristiques communes. De plus, lorsqu'un soignant est confronté à une situation d'agressivité, les émotions qu'il perçoit selon son interprétation de la situation, vont le guider dans ses interventions. Je pense donc que selon notre personnalité et notre capacité à faire face à l'agressivité d'un patient, nos réactions varient. Cela peut expliquer aussi la diversité des réactions. Une des infirmières exprime particulièrement ressentir de la peur et du stress dans des situations d'agressivité. Contrairement à la peur qui est une émotion, le stress est quant à lui une réponse de notre organisme dans un contexte particulier. Selon Moisson-Duthoit (2016), il est possible de s'adapter et faire face à ce stress grâce à des "stratégies individuelles mises en œuvre pour réduire les tensions, par des actions sur les causes (coping centré sur les problèmes) ou sur les émotions (coping centré sur les émotions)". Nous avons également pris connaissance grâce à Pronost (2012) que le coping est un "processus dynamique de la personne, un mode de faire face à une situation stressante, variable selon la situation globale, selon l'état du sujet et selon le stade d'interaction entre le sujet et la situation". Ce coping, correspondant donc à une stratégie pour réduire le stress, peut se faire de différentes manières. J'ai pu remarquer que cette même infirmière qui a évoqué cette notion de stress, est celle qui cite la respiration, comme moyen de gérer son stress. Je pense que la respiration est en effet, un moyen de se recentrer sur soi, et de prendre du recul. Par ailleurs, je tiens à évoquer que de nombreuses personnes recourent à la sophrologie, qui est une méthode de respiration, utilisée afin de se relaxer. Au cours de ma première situation d'appel, je me suis sentie stressée devant ce patient agressif. La technique à laquelle j'ai recouru était la respiration. Grâce aux lectures sur l'intelligence émotionnelle, j'ai aussi pu découvrir que Launet et Peres-Court (2023) expriment que "Plus une personne se sent stable, plus elle peut faire face aux événements et les anticiper". Cela signifie que plus une personne fait preuve d'intelligence

émotionnelle, plus elle sera donc en capacité de gérer de manière efficace ses émotions et ainsi de prendre en soin de manière adaptée ce patient agressif. L'intelligence émotionnelle correspond, comme nous l'avons vu, à "la conscience de soi, la maîtrise de soi, la motivation, l'empathie et les aptitudes sociales". Nous pouvons de ce fait remarquer que les stratégies employées par les soignantes peuvent correspondre à cette intelligence émotionnelle. En effet, les aptitudes sociales correspondent à la communication et à l'esprit de groupe. Les infirmières y recourent puisque premièrement, elles communiquent leurs émotions, en parlant autour d'elles (collègues, cadres, amis...) ou à un psychologue. Deuxièmement, cette aptitude sociale de l'intelligence émotionnelle est présente par le soutien de l'équipe notamment pour aider à la compréhension de la situation. Je pense que ces stratégies sont de bonnes ressources pour gérer ses émotions. Les soignantes évoquent également la prise de recul (physique et/ou psychique) et la réflexion pour comprendre la situation. Ces éléments peuvent correspondre à la maîtrise de soi, qui est elle-même liée à la conscience de soi. Je pense de ce fait que l'intelligence émotionnelle est vraiment la clé pour gérer ses émotions. Pour moi, ce concept regroupe plusieurs méthodes telles que celles citées par les infirmières, qui sont à s'approprier selon ce qui nous correspond, selon notre personnalité, nos capacités et la situation rencontrée.

6. Définition d'un mécanisme de défense

Lorsqu'une définition du mécanisme de défense est demandée aux soignantes, elles commencent par nommer certains mécanismes de défense tels que le déni, le lâcher prise, l'agressivité et la colère. Elles expriment par la suite les objectifs qu'un mécanisme de défense peut avoir. Selon elles, ce mécanisme permet de dissimuler et refouler des éléments vécus. Ils ont aussi pour but de protéger l'individu des situations d'agressivité, pouvant avoir été choquantes voire traumatisantes. La perception du réel est néanmoins toujours présente. En effet, "*on est toujours dans la réalité*" selon une infirmière. Enfin, ces mécanismes de défense permettent une réflexion et une prise de recul, de par le lâcher prise. Il est important de noter que les soignantes de ce service de médecine ont exprimé avoir rencontré des difficultés pour définir le terme de "mécanisme de défense".

Comme nous l'avons vu auparavant, Rézette (2011) définit un mécanisme de défense tel "un moyen inconscient, pour le soignant, de se protéger contre l'émotion et l'angoisse qu'elle pourrait générer". Cette définition nous permet de comprendre que pour l'auteur, un mécanisme de défense est un processus inconscient qui est voué à protéger les individus des émotions intenses générées dans certaines situations. Je suis en accord puisque même si on est conscient de l'existence des mécanismes de défenses, la mise en place de ce dernier chez nous-même, reste inconsciente. Les infirmières évoquent également cette notion de protection que possède le mécanisme de défense et j'y adhère. Les mécanismes de défense sont donc liés aux émotions. Ainsi, tous ces éléments de définition permettent d'envisager l'impact que peuvent avoir ces mécanismes sur la prise en soin d'un patient agressif.

7. Un mécanisme de défense en situation d'agressivité : bénéfique ou néfaste ?

Les mécanismes de défense sont davantage néfastes que bénéfiques d'après les soignantes. Parmi eux, déni, agressivité et colère sont qualifiés de néfastes. Diverses caractéristiques les rendent non bénéfiques selon les infirmières. Tout d'abord, ils ne résolvent pas le problème d'agressivité du patient. En effet, *“ça ne peut qu'augmenter sa colère”*. Ensuite, ces mécanismes rendent impossibles la compréhension de la situation par le soignant. De plus, la communication entre soignant et soigné est détériorée et ne permet pas de préserver une relation de confiance. Enfin, ce caractère néfaste des mécanismes de défense, pourra par la suite avoir des conséquences sur la santé des soignants, comme nous le précise une infirmière : *“on va enfouir ça en soi et après, avoir d'autres soucis de santé ou une exacerbation du stress ou y'en a même qui vont jusqu'au burn out”*. Dans un second temps, elles reconnaissent que certains mécanismes de défenses peuvent être bénéfiques. Seul le lâcher prise a été cité comme favorable. Ce dernier permet de protéger le soignant des situations vécues difficilement, telles que l'agressivité dans ce cas. Le lâcher prise permet également une réflexion et une prise de recul qui s'avèrent nécessaires pour la compréhension de la situation et des ressentis du patient.

Des mécanismes de défense peuvent impacter une prise en soin dans un contexte d'agressivité. Se questionner sur le caractère bénéfique ou néfaste de ces derniers me semble donc important. Au vu des propos des infirmières, nous pouvons en déduire que le caractère bénéfique ou néfaste, va dépendre du mécanisme de défense mis en place. D'après Rézette (2011), il est *“normal et vital”* que des mécanismes se mettent en place chez les soignants, du fait des situations de souffrance auxquelles ils sont exposés. Je suis d'accord avec cela. En effet, la récurrence des situations bouleversantes dans le domaine médical induit énormément d'émotions et d'angoisse. Selon moi, les mécanismes de défense permettent de protéger l'individu des émotions procurées par ces situations traumatisantes ou bouleversantes. Ils peuvent, de ce fait, s'avérer bénéfiques. D'autre part, Chabrol (2005) nous exprime que du fait de l'inconscience d'un mécanisme de défense, l'individu peut *“au mieux percevoir le résultat de leurs interventions et s'en étonner éventuellement”*. Une des infirmières a évoqué l'agressivité comme mécanisme de défense. Cela est néfaste puisque l'agressivité du patient n'en sera qu'augmentée. Du fait de ce mécanisme, la prise en soin du patient est alors altérée. Je pense donc que l'intérêt n'est pas de savoir si un mécanisme est bénéfique ou non, mais simplement d'être conscient de leur existence afin d'éviter que la prise en soin des patients soit altérée par ces derniers.

8. Posture professionnelle à adopter dans des situations d'agressivité

Lorsque le patient se montre agressif, une posture professionnelle est à adopter. Pour commencer, cette posture se compose d'actions soignantes dans la relation soignant-soigné. Ces actions peuvent être verbales ou non verbales. En ce qui concerne les actions verbales, le soignant

pourra communiquer avec le patient. Une fois le dialogue établi, trois éléments sont essentiels, comme insistent les soignantes : faire verbaliser le patient, le questionner, et lui expliquer. Les deux premiers éléments permettent de comprendre les facteurs ayant déclenchés l'agressivité du patient, et de lui montrer qu'il est entendu. Le dernier élément permet de s'assurer de la compréhension du patient dans les soins, l'hospitalisation ou autres, selon la source de son agressivité. Des actions non-verbales sont également à adopter pour avoir une posture professionnelle. Tout d'abord, il faut communiquer avec le patient avec une voix calme et douce, et ne pas se montrer agressif. De plus, le toucher thérapeutique est à envisager, afin d'assurer une présence soignante et un soutien. Avoir une proxémie adaptée avec le patient est également nécessaire. Pour ce faire, il faut se mettre à la hauteur du patient, en face de lui, et à une distance adéquate (ni trop près, ni trop loin). Enfin, s'éloigner et prendre du recul, est également à considérer : *“si je vois que c'est pas possible à ce moment-là, je reviens plus tard”*. Cela assure une protection psychique et physique du soignant, tout en laissant la possibilité au patient de réfléchir et se calmer par lui-même. De plus, dans certains cas, les soignants sont contraints de contentionner le patient agressif, pour se protéger, et sécuriser le patient.

Pour poursuivre, cette posture professionnelle adaptée nécessite d'accompagner le patient grâce aux qualités soignantes développées qui sont notamment l'écoute active, le conseil et l'adaptation.

De plus, l'adoption de cette posture soignante a divers objectifs dans la prise en soin d'un patient agressif. En effet, elle a pour intention première de calmer et apaiser le patient. Aussi, cela permet d'assurer une compréhension de son agressivité. Des solutions peuvent par ailleurs être trouvées grâce à ces échanges soignants-soignés, ce qui en fait également un des objectifs.

Pour finir, les infirmières insistent sur l'importance dans l'attitude professionnelle, de reconnaître l'équipe comme une ressource. En effet, il est nécessaire de travailler en équipe pluridisciplinaire. Faire appel à la psychologue du service est un point à ne pas négliger. Aussi, il est envisageable de déléguer des soins aux collègues. Lorsque la prise en soin d'un patient devient trop compliquée pour le soignant, le fait de déléguer permet d'assurer la continuité des soins de ce patient en toute objectivité.

En raison de l'impact négatif que peuvent avoir les émotions et les mécanismes de défense, sur la prise en soin d'un patient agressif, il me semble primordial d'identifier la posture optimale qu'un soignant doit adopter. En effet, à mon avis, le fait de savoir comment prendre en soin un patient agressif et de se sentir en capacité de le faire, permet une relativisation et ainsi une meilleure gestion des émotions. De ce fait, l'impact des émotions sur la prise en soin en sera réduit.

Tout d'abord, Rézette (2011) nous a indiqué que la juste distance des affects a pour mission d'inciter le soignant à *“analyser ce qu'il ressent et à s'en servir en faisant la part des choses”*(p.28). Nous en déduisons que la prise de recul au vu d'une situation bouleversante, est nécessaire afin d'assurer la continuité des soins en toute objectivité et ainsi d'en préserver la qualité. Les infirmières révèlent que la prise de recul est nécessaire afin d'adopter une attitude adaptée dans la relation soignant-soigné. Elles notent également que la proxémie avec le patient est à adapter. Cela correspond aux *“distances*

physiques que nous maintenons entre nous et autrui suivant le type de relation que nous établissons avec lui” comme l’a révélé Delamaire (2014). Avec un patient agressif, conserver une juste proxémie et l’ajuster me semble, donc, primordial. Si la distance physique est trop importante, le patient pourra ressentir la distance que met le soignant avec lui, ce qui n’est pas bénéfique. D’autre part, si la distance physique est trop intimiste, il pourra se sentir agressé. Ce sentiment d’agression peut augmenter son agressivité, et mettre en danger le soignant.

Ensuite, Carillo (2011) nous annonce qu’il est primordial pour le soignant d’écouter son patient, l’encourager à s’exprimer et à verbaliser, dans l’objectif de l’apaiser. Nous remarquons que cela correspond aux propos des infirmières. En effet, elles notent que la communication avec le patient est importante dans la relation soignant-soigné, et que pour ce faire, il faut encourager le patient à verbaliser, et le questionner. L’écoute active ainsi que l’objectif d’apaisement du patient, citées par les infirmières, ont également été relevées par Carillo. Tous ces éléments me semblent nécessaires pour prendre en soin de manière optimale un patient agressif. Dans ma première situation d’appel, j’ai par ailleurs utilisé ces outils de communication. Effectivement j’ai échangé avec le patient et l’ai questionné pour le faire s’exprimer. Je remarque après réflexion, que l’objectif de mon entretien infirmier était de l’apaiser et de le soulager. Dans cette situation, cet objectif a donc été atteint car Monsieur m’a remercié et m’a exprimé avoir été apaisé grâce à cet entretien. De plus, nous remarquons que le site Qualisanté.com, ainsi que les infirmières, mettent en avant que l’adoption de ces attitudes soignantes ont deux autres objectifs. Ces derniers, avec lesquels je suis en accord, sont de comprendre les facteurs déclencheurs de l’agressivité, et d’aider le patient à trouver une solution.

Pour poursuivre, selon Carillo (2011), il est aussi possible de *“mettre des mots sur ce que la personne semble ressentir et lui montrer que son malaise est perçu”*. Ce point, malgré que non relevé par les infirmières, me semble être bénéfique. En effet, au cours de notre formation, nous avons eu des apports théoriques sur la communication non violente. Celle-ci consiste à utiliser la méthode OSBD, dont l’acronyme signifie “Observation, Sentiment, Besoin, Demande”. Ce que Carillo exprime équivaut à l’observation mise en œuvre dans la communication non violente. Cela correspond aux faits observés par le soignant concernant le patient agressif et exprimés sans jugement. La communication non violente est, comme l’indiquent Huet et al. (2020) une méthode permettant d’améliorer nos relations avec autrui et résoudre les conflits avec bienveillance. Il me semble avantageux de tenir compte de cette notion.

De plus, les deux infirmières et le site Qualisanté.com insistent sur le fait de communiquer avec le patient avec une voix calme et douce et de ne pas se montrer agressif. Je pense que cela peut contribuer à apaiser le patient et à désamorcer son agressivité. Étant un des objectifs formulés précédemment, il me paraît favorable pour la prise en soin et la relation soignant-soigné, de suivre ces conseils. Les infirmières et les auteurs insistent sur l’intérêt de la présence de l’équipe soignante dans la prise en soin d’un patient agressif. Je vais m’y intéresser particulièrement dans la partie suivante.

9. L'équipe soignante, une ressource dans la prise en soin d'un patient agressif

Comme indiqué précédemment, l'équipe soignante est une ressource pour les infirmiers dans la prise en soin d'un patient agressif. Plusieurs éléments l'affirment. Premièrement, il existe divers professionnels au sein d'une équipe, qui ont chacun un rôle à jouer dans la prise en soin du patient. Les infirmières insistent sur l'importance de la présence des collègues soignants, notamment pour prendre le relais de la prise en soin du patient. Le cadre du service joue également un rôle décisif, en parlant avec le patient et possiblement en l'apaisant. Le médecin peut quant à lui apporter des explications supplémentaires au patient, qui pourront le calmer. La psychologue écoutera le patient, l'aidera à trouver des solutions, et l'apaisera. Lorsque la situation devient compliquée à gérer pour l'équipe, la sécurité de l'établissement peut être contactée pour désamorcer cette agressivité ou cette violence. L'équipe soignante est également une ressource de par ses valeurs avantageuses : esprit d'équipe, entraide et compréhension. Enfin, cette équipe soignante peut aider de différentes manières l'infirmier dans la prise en soin d'un patient agressif. En effet, la possibilité de communiquer avec l'équipe et de déléguer la prise en soin, sont énormément appréciés. Le terme "*déléguer*" a par ailleurs été cité au total quatre fois par les infirmières, lors des entretiens. Aussi, l'équipe apporte de l'aide afin de trouver des solutions, et de prendre des décisions collégiales. De plus, elle peut aider l'infirmier à objectiver, en lui faisant comprendre que "*si le patient est agressif c'est qu'il y a vraiment un souci sous-jacent*".

Je pense que l'équipe soignante est une ressource à ne pas négliger dans la prise en soin d'un patient agressif. Tout d'abord, cela permet d'échanger avec ses collègues, de réfléchir ensemble afin d'éventuellement de trouver des solutions collégiales. Ainsi, je suis en accord avec le site Qualisanté.com (2024) qui nous indique que la réflexion en équipe permet de "trouver des solutions de manière collégiale, prendre du recul, se sentir soutenu et compris dans les difficultés". Cela correspond aux valeurs de l'équipe citées par les infirmières, qui sont l'esprit d'équipe, l'entraide et la compréhension. D'autre part, il est possible pour les infirmières de déléguer lorsque la prise en soin d'un patient s'avère trop compliquée, ou altérée. Je pense que savoir cela est important. En effet, nous avons vu que dans certains cas, des mécanismes de défenses peuvent entrer en jeu lorsqu'une situation est bouleversante. Comme évoqué, ces derniers peuvent altérer la relation de soin. Dans ce cas, déléguer s'avère, selon moi, nécessaire, afin de préserver une relation soignant-soigné adaptée et une prise en soin juste. De plus, les collègues, la sécurité, mais également la cadre ou la psychologue ont été évoqués par les infirmières, lors des entretiens. Chaque professionnel a un rôle à jouer pour le patient et j'estime que travailler en pluriprofessionnalité garantit la qualité de la prise en soin. L'équipe assure aussi une présence rassurante pour un soignant se sentant en danger face à un patient agressif. Cela me permet de faire un lien avec mes situations d'appels. Dans la première situation, je m'étais retrouvée seule, il n'y avait pas de soignant autour de moi qui pouvait m'apporter aide et protection. Malgré que tout se soit bien passé dans la situation, et que m'entretenir avec ce patient l'a apaisé, ne

pas avoir ressenti cette présence de l'équipe a été pour moi un réel manque. En revanche, dans la seconde situation, le fait d'être à deux dans la chambre du patient était rassurant et protecteur pour nous. De plus, les deux infirmières avaient échangé ensemble avant que nous rentrions dans la chambre dans le but que la seconde IDE soit vigilante et puisse avertir d'autres collègues ou la sécurité en cas de problème. Selon moi, l'équipe soignante fournit ainsi un apaisement et une sécurisation à l'infirmier, limitant ainsi l'impact de ses émotions sur la prise en soin des patients agressifs.

10. L'intérêt pour les soignants, des formations de gestion de l'agressivité des patients

Les soignants ont la possibilité de réaliser une formation de gestion de l'agressivité des patients. Les avis des soignantes divergent. L'une d'entre elle exprime que la formation a peu d'intérêt, puisqu'elle estime avoir déjà tous les outils nécessaires pour prendre en soin un patient agressif. La seconde, exprime quant à elle que cette formation peut être bénéfique, mais qu'elle s'avère compliquée. Elle énonce alors des axes qui pourraient être améliorés tels que la nécessité d'avoir davantage de pratiques, lors de ces formations qui sont plutôt d'ordres théoriques. Ensuite, elle explique que réétudier des expériences vécues peut aussi avoir un intérêt pour les soignants.

Il existe des formations permettant d'améliorer les pratiques professionnelles, en matière de gestion des émotions soignantes et de l'agressivité du patient. Comme vu précédemment, la gestion des émotions et par conséquent la prise en soin d'un patient agressif, dépendent de chacun et des capacités qui lui sont allouées. Selon moi, l'intérêt de cette formation et l'attrait qu'elle peut avoir, résultent de l'estime que l'on a de nos capacités. Cela est déterminé par les expériences vécues et la réflexion quant à l'appropriation des outils et à la manière dont a été réalisée la prise en soin. Cela explique les avis divergents des infirmières concernant cette formation. Dans le cadre théorique, nous avons découvert qu'il existe des formations de gestion de l'agressivité des patients. Mehmetaj et al. (2023), nous expliquent qu'une de ces formations est destinée aux étudiants infirmiers, et vise à apporter les éléments nécessaires à ces derniers pour qu'ils puissent parvenir à prévenir et gérer des situations d'agressivité et de violence. Cette formation est, selon moi, bénéfique. Au cours de ma formation en soins infirmiers, j'ai également eu ces apports. Je pense que cette formation est favorable puisque nous apprenons la différence entre agressivité et violence, mais aussi les attitudes pouvant être adoptées face à un patient agressif. Cependant comme l'expriment les infirmières, cette formation reste très théorique. De ce fait, dans un contexte d'agressivité, mettre en pratique ce que nous avons pu assimiler peut s'avérer compliqué. Quali-santé.com présente aussi une formation adressée aux professionnels de santé. Appliquer la théorie dans une situation d'agressivité reste difficile. Toutefois, ces connaissances théoriques permettent d'avoir des méthodes pour prendre en soin ces patients, sans impact des émotions, grâce aux outils apportés pour gérer ces dernières.

11. Cheminement vers une question de recherche définitive

Au cours de cette analyse, j'ai pu trouver des éléments de réponse à ma question de départ. Cependant, je me rends compte que cette question, traitant de l'agressivité des patients, m'offre des résultats limités. En tant qu'infirmière, il est également de notre rôle d'accompagner les familles des patients que nous prenons en soin. Lors des entretiens, j'ai remarqué que lorsque je questionnais les IDE sur les facteurs déclencheurs d'agressivité des patients, elles évoquaient la prépondérance de l'agressivité des familles. Je ne m'étais pas interrogé sur cela. Toutefois, il est vrai que les infirmières sont également confrontées à l'agressivité de la famille des patients, en lien avec un manque d'information médicale. Lorsque j'ai débuté ce mémoire d'initiation de recherche, j'avais orienté ma question de départ uniquement sur l'agressivité des patients. Je pense désormais, qu'il serait judicieux d'élargir mes recherches sur cette agressivité des familles. Ainsi ma question de recherche définitive est la suivante :

En quoi une gestion adaptée des émotions par l'infirmier permet-elle une prise en soin optimale de l'agressivité d'un patient et de son entourage ?

VI. Conclusion

Alors que se termine ce mémoire, je repense aux situations d'agressivité que j'ai vécu en stage. Ces dernières ont été source de réflexion pour moi, tout au long de ce travail. Mes recherches théoriques pour étudier ce qu'en disent les auteurs, ainsi que mes entretiens avec des infirmières, m'ont permis de comprendre et de trouver des éléments de réponse.

L'agressivité est une démarche pour entrer en communication et un phénomène multifactoriel, pouvant se manifester de manière non verbale ou verbale et témoignant de la souffrance intérieure, physique ou morale du patient. La récurrence des situations d'agressivité dans le domaine médical induit énormément d'émotions chez les soignants. Afin de limiter leur impact négatif sur la prise en soin, un contrôle adapté de ces émotions est indispensable. L'intelligence émotionnelle et d'autres stratégies adaptatives sont alors utilisées par les infirmiers. De plus, des mécanismes de défense permettent au soignant de se protéger inconsciemment, des émotions procurées par ces situations bouleversantes. Ces dernières pouvant altérer la prise en soin des patients, il est nécessaire pour le soignant d'être conscient de l'existence de ces mécanismes. La connaissance par l'infirmier de l'attitude qu'il doit adopter face à un patient agressif permet de réduire l'impact des émotions sur cette prise en soin. Proxémie adaptée, investigation, et communication non violente, sont des éléments permettant d'apaiser le patient. De plus, l'équipe soignante est une ressource rassurante pour les infirmiers, permettant de limiter aussi cet impact. Enfin, des formations théoriques existent pour améliorer les pratiques professionnelles, en matière de gestion des émotions soignantes et de l'agressivité du patient.

Ce travail m'a permis de réaliser que, malgré que ma gestion des émotions et ma prise en soin du patient dans des situations d'agressivité n'était pas parfaite, elle restait malgré tout adaptée. Certaines méthodes utilisées par les professionnels de santé ou décrites par les auteurs correspondent à ce que j'ai pu appliquer dans ces situations. Ce travail m'a permis de découvrir d'autres techniques permettant une prise en soin optimale du patient, sans qu'elle soit impactée négativement par les émotions. J'ai aussi pu réaliser que dans la majorité des cas, l'agressivité des patients ne nous est pas destinée, et traduit de la souffrance de ce dernier. Ainsi lorsque je serai confrontée à ce type de situation, je ferai mon possible, pour investiguer le patient, et le faire verbaliser sur le facteur déclencheur de son agressivité. Je m'assurerai qu'il bénéficie d'une prise en soin de qualité, comme tout autre patient, et que sa souffrance intérieure soit atténuée. Ce travail de recherche enrichissant me permettra donc, pour mon futur professionnel, de prendre en soin convenablement des patients agressifs, et d'assurer une gestion adaptée de mes émotions.

Durant ce travail de recherche, je me suis continuellement questionnée, professionnellement et personnellement, et ai cherché des hypothèses de réponses. J'ai vraiment apprécié cette démarche de recherche. Cependant durant l'écriture de ce mémoire, j'ai aussi rencontré des difficultés notamment dans ma recherche d'entretien et pour le respect du nombre de pages. Malgré les doutes qui m'ont suivis tout au long de la rédaction de ce mémoire, je suis fière du travail que j'ai fourni et de la richesse des apprentissages apportés.

VII. Bibliographie

Article R4311-2 du Code de la Santé Publique du 29 juillet 2004 (CSP ; R4311-2)

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889/2010-10-13

Bioy, A., & Bourgeois, F. (2003). *La communication entre soignant et soigné : repères et pratiques*. Editions Bréal.

Carillo, C. (2011). La gestion du stress au travail : Agressivité, violence et stress. *Soins*, 759, 57-58.

Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défense. *Recherche En Soins Infirmiers*, 82(3), 31-42.
<https://doi.org/10.3917/rsi.082.0031>

CNRTL. (s. d.). Communication. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/communication>

CNRTL. (s. d.). Conflit. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/conflit>

CNRTL. (s. d.). Infirmière. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/infirmi%C3%A8re>

CNRTL. (s. d.). Médecine. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/m%C3%A9decine>

CNRTL. (s. d.). Frustration. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/frustration>

CNRTL. (s. d.). Emotion. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/emotion>

CNRTL. (s. d.). Joie. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/joie>

CNRTL. (s. d.). Tristesse. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/tristesse>

CNRTL. (s. d.). Peur. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/peur>

CNRTL. (s. d.). Colère. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/colere>

CNRTL. (s. d.). Dégoût. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/degoût>

CNRTL. (s. d.). Relation. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/relation>

CNRTL. (s. d.). Stress. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/stress>

CNRTL. (s. d.). Surprise. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.cnrtl.fr/definition/Surprise>

Cosnier, J. (1993). *Psychologie des émotions et des sentiments*. RETZ.

Curchod, C. (2018). *Prévenir et dénouer les conflits dans les relations soignants-soignés*. Elsevier Masson.

Dantzer, R. (1988). *Les émotions*. Presses Universitaires de France - PUF.

Delamarre, C. (2014). *Alzheimer et communication non verbale*. Dunod.
<https://www.cairn.info/alzheimer-et-communication-non-verbale--9782100705986-page-11.htm>

Huet, C., Rohou, G., & Thomas, L. (2020). *La Boîte à outils du Bien-être au travail*, Dunod.
<https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-du-bien-etre-au-travail-2e-ed--9782100805914-page-72.htm>

Larousse. (s. d.). Agressivité. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/agressivit%C3%A9/1768>

Larousse. (s. d.). Soins. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/73236#7240>

Launet, M. E., & Peres-Court, C. (2023). *La boîte à outils de l'intelligence émotionnelle - 2e éd.* Dunod.

Le Robert. (s. d.). Proxémie. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/proxemie>

Lecomte, J. (2017). *30 grandes notions de la psychologie - 2e éd.* Dunod.

<https://www.cairn.info/30-grandes-notions-de-la-psychologie--9782100763474.htm>

Loriol, M. (2001). La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. *Prévenir*, 40(1), 183-188. <https://shs.hal.science/halshs-00361300>

Moisson, V. (2016). Infirmières, entre implication et stress au travail. *Forum*, 149(3), 35-43. <https://doi.org/10.3917/forum.149.0035>

Mehmetaj, B., Coloni-Terrapon, C. & Charrière-Mondoux, M. (2023). Le personnel infirmier manque de formation face à la violence. *Presse spécialisée HES-SO*.

[Mehmetaj_2023_Personnel_infirmier_face_violence_formation.pdf](#)

Pougné, R., & Pougné, L. (2023). Le soin, lieu d'affectivité et d'émotions. *Revue de L'infirmière*, 291, 16-19.

Pronost, A. (2012). Coping. In M. Formarier & L. Jovic (Dir.), *Les concepts en sciences infirmières - 2è éd* (pp.127-129). Association de Recherche en Soins Infirmiers

<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-127.htm>

Quali-sante.com. (s. d.). *Quali-sante.com | Site dédié aux professionnels de la santé*.

<https://www.quali-sante.com/formation-gestion-agressivite-patients/>

Rézette, S. (2011). *Psychologie clinique en soins infirmiers*. Elsevier Masson.

ANNEXE I : Guide d'entretien

<u>Objectifs spécifiques</u>	<u>Questions</u>
La personne	
Identifier le parcours professionnel de l'intervenant	Parlez moi de votre parcours professionnel ?
Agressivité et violence à l'hôpital	
Définir le terme d'agressivité	Pour vous qu'est ce que l'agressivité ?
Identifier les différences entre agressivité et violence	Comment la différencier vous de la violence ?
Repérer les facteurs pouvant déclencher l'agressivité d'un patient	Dans quelle situation avez-vous été confronté à un patient agressif ? Quels sont pour vous les facteurs déclencheurs de l'agressivité d'un patient ?
Les émotions des soignants face à l'agressivité	
Identifier les émotions pouvant être ressenties par un infirmier lorsque le patient se montre agressif	Quelles émotions ressentez-vous dans des situations d'agressivité ?
Identifier les stratégies adaptatives mises en oeuvre pour contrôler les émotions ressenties dans une situation d'agressivité	Quelles méthodes particulières utilisez-vous pour contrôler ces émotions ?
Définir un mécanisme de défense	Que signifie pour vous un mécanisme de défense ?
Identifier le caractère bénéfique ou néfaste d'un mécanisme de défense dans une situation d'agressivité	Selon vous, suite à une situation d'agressivité, en quoi un mécanisme de défense chez un soignant peut-il être bénéfique ou néfaste ?
Le prendre soin infirmier d'un patient agressif	
Identifier la posture professionnelle à adopter dans des situations où le patient est agressif	Comment gérez-vous les situations d'agressivité ou de violence ? Quelle(s) attitude(s) conseillez- vous d'adopter dans des situations d'agressivité ?
Repérer les éléments qui font que l'équipe soignante est une ressource dans la prise en soin d'un patient agressif	En quoi l'équipe soignante peut-elle être une ressource dans la prise en soin d'un patient agressif ?
Préciser l'intérêt pour les soignants, des formations de gestion de l'agressivité des patient	Que pensez-vous des formations de gestion de l'agressivité des patients ? Y avez-vous déjà participé ?
Conclusion	
	Avez-vous quelque chose à ajouter ?

ANNEXE II : Tableaux d'analyse

Objectif 1	IDE	Définition			Illustration des manifestations de l'agressivité	
		Eléments déclencheurs	Manifestations de l'agressivité		Verbal (propos agressifs)	Non verbal
			<u>Verbal</u>	<u>Non verbal</u>		
Définir le terme d'agressivité	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	<p>“ça répond souvent à un mal être”</p>	<p>“ça peut être verbal”</p> <p>“plus verbal que physique je dirai”</p> <p>“qui est avec soit de la violence verbale”</p>	<p>“ou non verbal”</p> <p>“quand on a de l'agressivité ça peut être une intrusion dans ton espace inférieur à 1 mètre” “et/ou physique.” “C'est un acte d'intrusion”</p> <p>“une sphère, d'une limite, en dessous d'un mètre, on parle un petit peu d'intrusion”</p>	““Bah j'ai mal””	<p>“elle m'avait agrippé au cou”</p> <p>“elle m'a pris par le cou et elle m'a serré”</p> <p>“force impressionnante”</p> <p>“avait la canne là comme ça”</p> <p>“ils peuvent essayer de taper”</p> <p>“qui nous tapent dessus”</p>
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022	<p>“C'est souvent lié à de la colère, à de l'incompréhension pour moi”</p> <p>“ça peut être le déni aussi dans l'annonce de certaines maladies.”</p> <p>“c'est une émotion, ou c'est un ressenti.”</p> <p>“une manière de montrer notre ressenti ou de montrer nos émotions”</p>	“ça peut être verbal”	“ou non verbal”	<p>““je vais appeler la direction”, “je vais envoyer un mail à la direction”, “je veux la cadre””</p> <p>“oui mais je n'ai jamais pris ça moi !”</p>	

Objectif 2	IDE	Difficultés pour différencier les termes	Différences entre agressivité et violence		
			La violence, une situation qui bouleverse	L'agressivité, la verbalisation d'une émotion	Manifestation identique
Identifier les différences entre agressivité et violence	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	“Non j'ai un peu de mal avec ça”			
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022	“Elle est dure ta question...” “c'est compliqué” “Fin ça paraît évident, mais quand on y pense c'est pas simple.”	“la violence ça peut nous atteindre” “ça peut nous toucher”	“alors que l'agressivité ça va être une émotion de la personne” “ça va être une émotion que la personne va verbaliser”	“Alors euh la violence on peut l'avoir verbale et physique... Mais l'agressivité aussi ducoup...”

Objectif 3	IDE	L'agressivité, un phénomène multifactoriel				
Repérer les facteurs pouvant déclencher l'agressivité d'un patient	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	"il y a pleins de choses qui peuvent entraîner de l'agressivité"				
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022					
		Agressivité liée au ressenti du patient				
		Douleur	Stress	Emotions et sentiments	Mal être	Frustration
	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	"au niveau de la douleur" "les gens peuvent être agressif en lien avec la douleur" "Des fois les gens sont agressifs liés à la douleur"	"un stress" "Car si ils sont agressifs lié au stress"		"ça répond souvent à un mal être"	
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022		"Qui peut les inquiéter."	"lié à de la colère, à de l'incompréhension pour moi"		"Les patients agressifs aussi quand ils n'ont pas ce qu'ils souhaitent"
		Agressivité liée aux facteurs personnels et intrinsèques du patient				
		Personnalité		Troubles cognitifs		
IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	"Mais il y a des gens qui peuvent être agressifs de nature aussi"	"chez des personnes qui ont des troubles cognitifs" "qui ont des démences" "soit des maladies d'Alzheimer" "ou liée au vieillissement"				

			<p>“la démence de la personne âgée ou lié à des AVC” “les AVC peuvent rendre aussi une forme de démence” “elle était démente” “souvent c’était lié au patient dément en fait” “Quand les gens sont un petit peu perdus, ou agités” “gens vraiment déments qui nous tapent dessus” “nous c’est lié beaucoup aux démences en fait”</p> <p>⇒ Les termes démence, dément et ces dérivés ont été présents 9 fois au cours de l’entretien. Et le terme de troubles cognitifs a été présent 1 fois.</p>
IDE2 service de médecine, diplômée de 2022			<p>“Des patients aussi qui ont des troubles cognitifs” “troubles cognitifs c’est souvent”</p> <p>⇒ Le terme trouble cognitif a été cité 3 fois par l’infirmière.</p>
	Agressivité liée au vécu de la maladie et du soin		
	Déni de la maladie	Refus de soin	Soignants
IDE1 service de médecine, diplômée de 2022		<p>“ça implique aussi des fois un refus de soin” “on va dire “oh on va encore m’embêter”” “ils en ont marre aussi d’avoir des prises de sang tous les jours”</p>	<p>“Ca peut être physique aussi, parfois le visage ne plait pas”</p>
IDE2 service de médecine, diplômée de 2022	<p>“le déni aussi dans l’annonce de certaines maladies” “d’être dans le déni et donc ils vont être agressifs”</p>	<p>“Des patients en refus de soin” “les patients sont agressifs c’est quand ils sont en refus de soin”</p>	<p>“On ne peut pas matcher avec tout le monde”</p>

	Agressivité lié à l'hospitalisation / au système hospitalier				
	Cohabitation obligatoire	Manque d'information	Manque de temps	Manque de communication	Sommeil des patients perturbé
IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	<p>“Suivant aussi le voisin qu’il peut avoir”</p> <p>“obligé de mettre les gens en chambre double et on ne s’entend pas toujours”</p> <p>“les patients qui ont la télé, et qui mettent fort la télé et longtemps, et l’autre patient il est fatigué”</p> <p>“ils peuvent être agressifs lié aussi à la cohabitation qui est rendue obligatoire”</p>	<p>“en lien avec un manque d’information”</p>	<p>“Un manque de temps aussi pour écouter les gens”</p> <p>“si on avait un peu plus de temps pour écouter il y aurait peut être aussi moins d’agressivité”</p>	<p>“Mais des fois on ne sait pas. On est pas dans leur tête.”</p>	<p>“Et puis le matin, on les réveille”</p> <p>“ils ne dorment pas bien la nuit”</p> <p>“On les prend au saut du lit, avec une prise de sang”</p>
IDE2 service de médecine, diplômée de 2022	<p>“au fait qu’il soit hospitalisé”</p> <p>“Les patients agressifs aussi quand ils n’ont pas ce qu’ils souhaitent, c’est à dire les chambres seules”</p>	<p>“Le manque d’information”</p> <p>“Le manque d’information c’est un truc... “</p> <p>“Les patients manquent d’information sur leur devenir, sur ce qu’on va leur faire, sur pourquoi, comment”</p> <p>“comprennent pas pourquoi on leur fait le bilan”</p>			

			<p>“pourquoi le patient va avoir ce médicament”</p> <p>“les annonces de pathologies. C’est pas toujours annoncé.”</p> <p>“des examens qui tombent au dernier moment.”</p>			
		Agressivité lié à la situation sociale du patient				
		Problèmes familiaux	Problèmes financiers	Insatisfaction du devenir		
	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002					
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022	<p>“problèmes familiaux”</p> <p>“Pas de ressources familiales”</p> <p>“Le manque de ressources familiales”</p> <p>Des problèmes de famille auparavant</p>	<p>“problème financier”</p>	<p>“Le devenir”</p> <p>“le devenir des patients après l’hospitalisation”</p> <p>“On essaye de leur proposer des solutions mais qui ne leur convient pas”</p>		

Objectif 4	IDE	Les émotions sont ressenties par le soignant			Les émotions ne sont pas ressenties par le soignant	
		La peur		La colère		La tristesse
		La peur réflexe	La peur apprise			
Identifier les émotions pouvant être ressenties par un infirmier lorsque le patient se montre agressif	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	<p>“j’ai eu peur” “Parce que j’avais peur.” “la dame là qui m’avait fait peur” “on a été agressé et on a peur que ça se reproduise”</p> <p>⇒ Le terme peur a été cité 4 fois par la soignante</p>	<p>“L’angoisse, le stress...l’angoisse...”</p>	<p>“être agressif aussi un peu.” <i>“on trouve ça injuste”</i> <i>“on se dit “mais qu’est ce que j’ai fait pour mériter ça quoi””</i> “on peut être des fois aussi nous même agressif”</p>	<p>quand arrive pas à prendre du recul</p> <p>“Mais dès fois on n’y arrive pas, des fois on craque” “ça nous arrive de pleurer”</p>	
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022	<p>⇒ Le terme peur n’a pas été cité par la soignante</p>		<p>“je ressens moi-même de la colère, envers le patient, des fois envers nous même” “je m’en veut, et j’en veux à l’équipe de ne pas communiquer assez” “est un peu frustrant pour nous”</p>	<p>“Des fois de la tristesse aussi parce que tu as l’impression de tout donner pour les patients.” “Tu donnes beaucoup de ton temps, beaucoup de ton énergie [...]tu ne reçois rien en retour à part de la colère, de l’agressivité et de l’énervement”</p>	<p>“on a tellement l’habitude, je ne sais pas si on peut dire qu’on ne ressent rien” “Peut-être, qu’on cache nos émotions, je ne sais pas”</p>

Objectif 5	IDE	Se détacher de la situation			Prendre soin de soi		Communiquer		Comprendre grâce à l'analyse et au soutien de l'équipe	
		Respirer pour se recentrer	Prendre du recul (physique et psychique)	Relativiser	Se divertir	Pratiquer une activité physique	En parler	S'entretenir avec un psychologue	Réflexion	Soutien de l'équipe
Identifier les stratégies adaptatives mises en oeuvre pour contrôler les émotions ressenties dans une situation d'agressivité	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	<p>“Et bah la respiration” “je fais des grandes amplitudes” “J’inspire, j’expire sur quelques minutes et ça fait du bien” “Et puis la respiration ça aide quand même”</p>	<p>“prendre le temps de... de ne pas trop ramener de choses on dit, à la maison” “de prendre du recul à tout ça” “savoir prendre du recul”</p>	<p>“On prend beaucoup sur soi” “on vit avec” “Le lâcher prise.”</p>	<p>“essayer de prendre du temps pour soi aussi” “trouver des solutions extérieures ou des solutions qui peuvent faire du bien dans toutes nos relations qu’on peut avoir à l’extérieur.” “créer des liens extérieurs” “faire des choses qui plaisent à l’extérieur”</p>	<p>“le sport aussi ça aide.”</p>	<p>“on en <u>parle</u> aussi autour de nous, aux collègues” “<u>Parler</u> avec l’équipe...” “on en <u>parle</u> à la cadre” “je pense qu’en <u>parler</u> c’est aussi bien” “Il faut en <u>parler</u> autour de soi, ou il faut en <u>parler</u> aux collègues”</p>	<p>“psychologue aussi qui peut éventuellement nous aider” “possibilité quand même si on veut vraiment d’aller voir la psychologue”</p>	<p>“on y repense” “essayer d’analyser les situations”</p>	<p>“on en parle aussi autour de nous, aux <u>collègues</u>” “Et l’entente de l’<u>équipe</u>...” “Parler avec l’<u>équipe</u>...” “on en parle à la <u>cadre</u>” “il faut en parler aux <u>collègues</u>”</p>
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022		<p>“je sors de la chambre”</p>				<p>“J’en <u>discute</u> avec mes collègues”</p>		<p>“quand on y repense” “à froid”</p>	<p>“J’en discute avec mes <u>collègues</u>”</p>

							“on en discute beaucoup entre collègues” “ <u>Communiquer</u> entre l’équipe”			“on en discute beaucoup entre collègues” “Communiquer entre l’équipe”
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Objectif 6	IDE	Difficultés pour définir le terme	Divers mécanismes de défenses			Objectifs du mécanisme de défense			
			Le déni	La lâcher prise	L'agressivité et la colère	Dissimulation / refouler	Protection	Perception du réel	Réflexion et recul
Définir un mécanisme de défense	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	“Alors j’ai appris ça mais...” “Et ça peut être aussi, aussi comment dire..?”	“ça peut être aussi le déni. “ “Oui ça peut être le déni”	“Donc le lâcher prise ça peut être un mécanisme aussi pour se protéger”		“on enfouit tout ça” “on se dit qu’on ne veut pas le voir”	“Pour se protéger de ces situations-là.” “un mécanisme aussi pour se protéger”		“Alors c’est très dur parce que le lâcher prise en fait ce n’est pas ne rien faire, c’est essayer d’analyser les situations et de prendre du recul à tout ça.”
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022	“Je n’ai plus les définitions de mes cours !” “Je t’avoue que c’est compliqué de répondre...” “	“Le déni, non... Non car on est toujours dans la réalité.”		“l’agressivité c’est un mécanisme de défense. La colère s’en est un aussi”			“on est toujours dans la réalité.” “On essaye d’être toujours dans l’honnêteté avec le patient”	

Objectif 7	IDE	Les mécanismes de défense ne sont pas bénéfiques				Le lâcher prise est bénéfique			
		Le déni, l'agressivité et la colère sont néfastes	Ne résout pas le problème d'agressivité	Compréhension impossible pour le soignant	Communication détériorée	Conséquences sur la santé du soignant	Un mécanisme de défense favorable	Protéger le soignant	Permet la réflexion et le recul
Identifier le caractère bénéfique ou néfaste d'un mécanisme de défense dans une situation d'agressivité	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	“Néfaste c'est le déni justement”	“mais c'est pas la solution en fait d'être dans le déni”			“on va enfouir ça en soi et après, avoir d' <u>autres soucis de santé</u> ou une <u>exacerbation du stress</u> ou y'en a même qui vont jusqu'au <u>burn out</u> ”	“Il faut apprendre [...] à lâcher prise en fait” “Le lâcher prise.” “Donc le lâcher prise ça peut être un mécanisme”	“Donc le lâcher prise ça peut être un mécanisme aussi pour se protéger” “Pour se protéger de ces situations-là.”	“Alors c'est très dur parce que le lâcher prise en fait ce n'est pas ne rien faire, c'est essayer d'analyser les situations et de prendre du recul à tout ça.”
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022	“être dans le déni c'est pas bénéfique ni pour nous, ni pour le patient.” “Le déni, je ne pense pas que ce soit bénéfique pour nous ou pour le patient” “qu'être néfaste pour le patient”	“qu'être néfaste pour le patient car ça ne peut qu'augmenter sa colère” “on n'avance à rien”	“si on continue dans un cheminement où le patient est en colère, nous on arrive pas à le comprendre”	“Ça va être toujours un mot plus haut qu'un autre”				

		<p>“Ca ne peut qu’être néfaste.” “fin ça n’a rien de bénéfique je pense” “Complètement néfaste” “pour le patient ça n’a rien de bénéfique” “Il n’y a aucun bénéfice”</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Objectif 8	IDE	Actions soignantes dans la relation soignant-soigné									
		Verbale				Non verbale					
		Communiquer	Expliquer	Faire verbaliser	Questionner	Voix calme et douce	Toucher thérapeutique	Ne pas être agressif	Proxémie adaptée	S'éloigner et prendre du recul	Contentionner le patient
Identifier la posture professionnelle à adopter dans des situations où le patient est agressif	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	“par le dialogue”	“réexpliquer au patient”	“d’essayer de le faire verbaliser” “les gens s’expriment” “de faire verbaliser la personne”	““bah pourquoi, qu’est ce qu’il se passe ? pourquoi vous êtes agressif ?”” “aller lui demander pourquoi cette situation” “Qu’est ce qui l’a rendu agressif, qu’est ce qu’il s’est passé”	“parler calmement, doucement”	“essayer après par le contact” “d’essayer par le toucher”	“surtout pas de rentrer dans son agressivité” “être agressif envers quelqu’un qui est agressif ça ne fait qu’augmenter l’agressivité”		“si il est vraiment dans un délire, on le laisse” “si je vois que c’est pas possible à ce moment là, je reviens plus tard” “qu’il se rende compte par lui même que ça ne va pas” “Ou il va se calmer lui-même” “Et des fois le fait de se calmer, après on peut en reparler aussi” “Interroger	“des fois on est obligé de les contentionner aussi les patients qui sont trop agressif ou qui peuvent se mettre en danger” “Ils sont énervés, ils bougent dans tous les sens.”

										plus tard” “De revenir après”		
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022	“je travaille beaucoup sur la communication” “Je suis là pour communiquer” “c’est de la discussion, de la communication.” “trouver les mots “	“on essaye de leur faire comprendre ça”		“C’est pourquoi selon vous on vous as fait ça, pourquoi selon vous on ne vous as pas dit ça, pourquoi on agit comme ça, qu’est ce qu’on pourrait faire pour s’améliorer” “Il faut creuser en fait” “Questionner le patient”	“avoir une voix calme et douce” “une voix beaucoup plus douce, beaucoup plus calme” “se montrer plus calme que le patient”		“Ne pas parler plus fort que lui” “, je ne suis pas au dessus du patient.” “ne pas hausser le ton plus que lui”	“se mettre à côté de lui et se mettre à sa même hauteur.” “Faut vraiment que tu sois en face du patient.” “Ça te permet de te mettre à égale distance de lui, et de lui rappeler que bah on est pareil.”	“je sors de la chambre”		
		Accompagner grâce aux qualités soignantes										
		Ecouter			Conseiller				S’adapter			
	IDE1 service de médecine, diplômée	“L’écoute c’est très important”			“je leur dit de respirer” “La respiration, d’inspirer, d’expirer”							

	de 2002			
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022			“on sait s’adapter” “on sait tempérer les choses aussi”
		Une posture soignante qui a divers objectifs		
		Apaiser	Comprendre	Trouver des solutions
	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	“pour essayer d’apaiser” “souvent ça apaise” “ça calme un petit peu” “ça calme l’agressivité en fait” “Ça l’apaise” “essayer d’apaiser “	“mieux comprendre pourquoi il est agressif”	
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022	“pour le calmer” “calmer la chose” “on arrive à calmer un peu “	“essayer de comprendre son agressivité” “comprendre pourquoi le patient, il est en colère” “je suis là pour essayer de comprendre ce qui ne va pas”	“on essaye de trouver des solutions aussi” “On essaye de leur proposer des solutions “
		Reconnaître l’équipe comme une ressource		
		Travailler en équipe pluridisciplinaire	Déléguer aux collègues	
	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	“faire appel à la psychologue”	““j’ai demandé à ma collègue de la prendre en charge” “on peut aussi déléguer à quelqu’un d’autre” “Et puis déléguer à quelqu’un d’autre” “d’autres collègues pour lesquels ça va mieux se passer”	
	IDE2		“essayer de faire intervenir une autre personne”	

	service de médecine, diplômée de 2022		“On ne peut pas matcher avec tout le monde” “mettre un stop à la relation soignant-soigné qui n’est pas adaptée” “Déléguer exactement.”
--	---------------------------------------	--	---

Objectif 9	IDE	Divers professionnels au sein d'une équipe, qui ont chacun un rôle à jouer dans la prise en soin				
		<u>Collègues soignants</u> peuvent prendre le relais de la prise en soin	<u>Cadre du service</u> peut parler avec le patient et l'apaiser	<u>Médecin</u> peut expliquer les soins au patient et l'apaiser	<u>Psychologue</u> va écouter le patient, l'aider à trouver des solutions et l'apaiser	<u>La sécurité</u> peut désamorcer l'agressivité
Repérer les éléments qui font que l'équipe soignante est une ressource dans la prise en soin d'un patient agressif	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	“on en parle aussi autour de nous, aux collègues” “j’ai demandé à ma collègue de la prendre en charge”	“on en parle à la cadre” “qui peut aussi aller voir le patient, quand il y a de l’agressivité”	“en reparler au médecin aussi qui va aussi dire, lui expliquer davantage les choses qui peut un peu apaiser aussi cette agressivité”	“faire appel à la psychologue” “La psychologue, c’est son métier” “pouvoir trouver peut être des choses” “Elle est extérieure au service” “elle va pas être dans les soins invasifs” “elle va être dans l’écoute” “Et puis elle est formée pour ça”	“Donc on a appelé la sécurité, car on a la possibilité d’appeler la sécurité pour des cas de violence.” “Et quand la sécurité est arrivée, il s’est tout de suite apaisé le monsieur.”
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022	“J’en discute avec mes collègues” “on en discute beaucoup entre collègues” “essayer de faire intervenir une autre personne”				“ça nous est arrivé d’appeler la sécurité”
		Valeurs avantageuses dans l'équipe soignante				
		Esprit d'équipe		Entraide		Compréhension
	IDE1 service de médecine, diplômée	“une bonne équipe aussi c’est important”		“S’entraider” “j’ai demandé à ma collègue de la	“tout le monde a compris” “La compréhension aussi de l’équipe”	

	de 2002	“l’esprit d’équipe” “Et l’entente de l’équipe...”	prendre en charge”		
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022		“essayer de faire intervenir une autre personne”		
		L’équipe soignante peut aider de différentes manières			
		Communiquer	Déléguer	Trouver des solutions	Aide à objectiver
	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	“on en parle aussi autour de nous, aux collègues” “Parler avec l’équipe...” “on en parle à la cadre” “il faut en parler aux collègues” “en reparler au médecin”	“j’ai demandé à ma collègue de la prendre en charge” “on peut aussi déléguer à quelqu’un d’autre” “Et puis déléguer à quelqu’un d’autre” “d’autres collègues pour lesquels ça va mieux se passer”		
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022	“J’en discute avec mes collègues” “on en discute beaucoup entre collègues” “Communiquer entre l’équipe”	“essayer de faire intervenir une autre personne” “On ne peut pas matcher avec tout le monde” “mettre un stop à la relation soignant-soigné qui n’est pas adaptée” “Déléguer exactement”	“elles peuvent nous apporter des solutions”	“nous faire comprendre [...] si le patient est agressif c’est qu’il y a vraiment un souci sous-jacent”

Objectif 10	IDE	Formation bénéfique	Formation compliquée	Formation ayant peu d'intérêt	Axes d'amélioration pour la formation	
					Pratiquer	Réétudier des expériences vécues
Préciser l'intérêt pour les soignants, des formations de gestion de l'agressivité des patients	IDE1 service de médecine, diplômée de 2002	“Oui si si c'est bien” “c'est très bien” “Je trouve ça très bien”	“Mais souvent c'est un peu très théorique et en pratique on arrive pas” “C'est compliqué quoi” “Mais c'est compliqué”		“plus peut être des études de cas” “Mais souvent c'est un peu très théorique et en pratique on arrive pas”	“revivre peut être ce qu'on a déjà vécu et le refaire” “voir ce qu'on aurait pu dire à ce moment là ou faire”
	IDE2 service de médecine, diplômée de 2022		“elles n'ont pas trouvé ça très bénéfique”	“je pense qu'on a les outils nécessaires.” “moi j'arrive à faire face à des patients agressifs car on sait généralement d'où vient le problème”		

ANNEXE III : Facteurs déclencheurs d'agressivité

ENCADRÉ 1. **Facteurs déclencheurs de comportements d'agressivité ou de violence.**

- La douleur physique.
- La peur, le sentiment d'insécurité.
- L'incompréhension.
- L'angoisse.
- Le manque d'informations.
- Le manque de respect, de compréhension et d'empathie.
- Le sentiment de n'être pas pris en compte.
- La solitude ou l'absence d'un entourage familial ou amical rassurant.
- La fatigue.
- L'inconfort.
- L'attente.
- L'addiction (tabac, alcool, psychotrope, médicament).
- La perte d'autonomie (attacher une personne dans son lit, sur un fauteuil).
- La dépendance (affective, physique...).
- L'atteinte à l'identité de la personne, de sa culture, de ses valeurs.
- La diminution de l'espace vital (salle petite, sans ouverture).

Source : Delevoye J.P. Rapport annuel 2010, présenté le 22 Mars 2011 au Conseil économique, social et environnemental (CESE).
www.lecese.fr/newsletter/archives/newsmars11.html

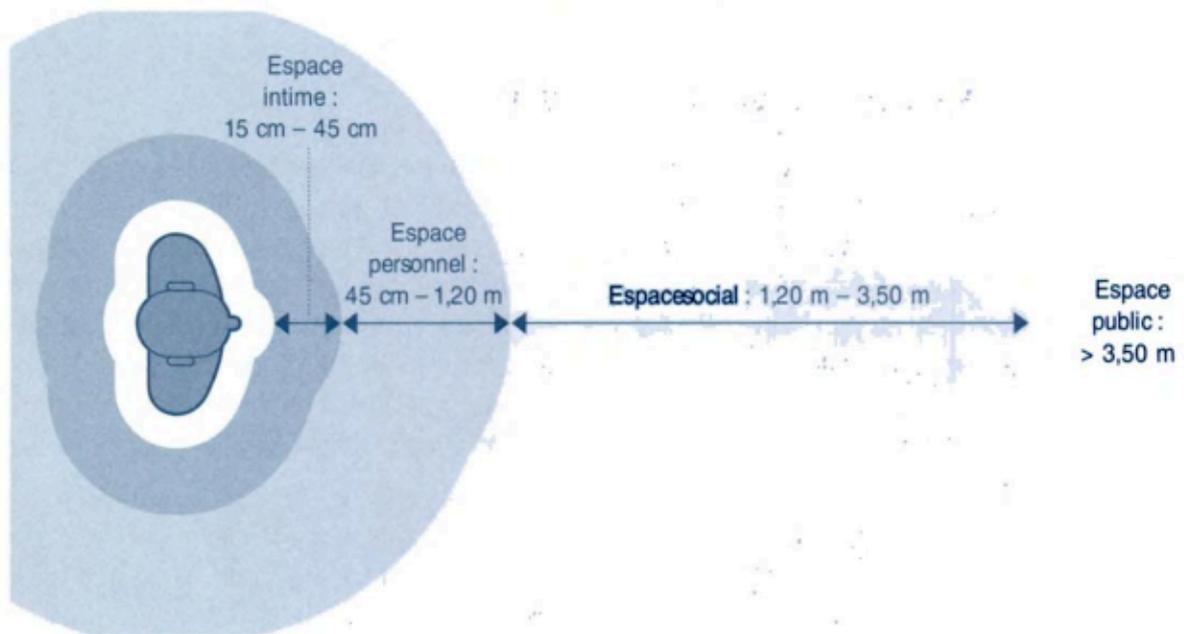
Source : Carillo, C. (2011). La gestion du stress au travail : Agressivité, violence et stress. *Soins*, 759, p.57.

ANNEXE IV : Les souffrances professionnelles des soignants



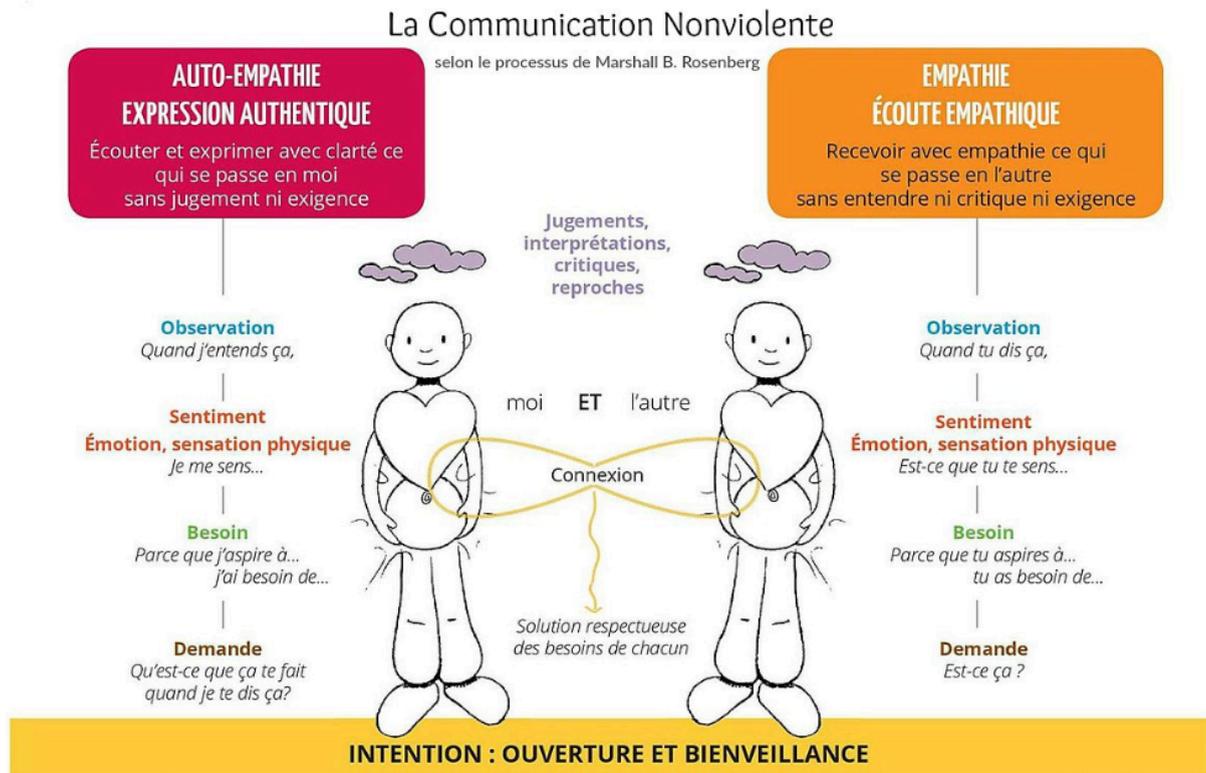
Source : Curchod, C. (2018). *Prévenir et dénouer les conflits dans les relations soignants-soignés*. Elsevier Masson, p.13.

ANNEXE V : La proxémie



Source : Bioy, A., & Bourgeois, F. (2003). *La communication entre soignant et soigné : repères et pratiques*. Editions Bréal, p.46.

ANNEXE VI : La méthode OSBD de la communication non violente



Source : Portail, C. (2017). *Les 4 étapes du processus de la CNV*. [File:Les 4 étapes du processus de la CNV.jpg - Wikimedia Commons](#)

ANNEXE VII : Entretien IDE 1

Anaëlle : Pour commencer, est ce que vous pouvez me parlez de votre parcours professionnel ?

IDE 1 : Alors moi je suis diplômée de 2002 et j'ai fait 5 ans de services de remplacement, en médecine, un petit peu de chirurgie, mais surtout de la médecine. Et j'ai tourné sur tout le pôle de Pontchaillou et de l'Hôpital sud surtout. J'ai été en dermato, en diabète un jour par ci, un jour par là. Et puis après, en 2007, j'ai eu un poste ici, en fait [en service de médecine]. Je suis ici depuis 2007. Depuis 2007, dans le service.

Anaëlle : Pour vous qu'est ce que l'agressivité ? C'est assez général.

IDE 1 : Alors, pour moi l'agressivité, c'est pas que... ça peut être verbal ou non verbal. C'est un acte d'intrusion un petit peu dans la sphère, un petit peu aussi... parce qu'on parle d'une sphère, d'une limite, en dessous d'un mètre, on parle un petit peu d'intrusion. Et pour moi quand on a de l'agressivité ça peut être une intrusion dans ton espace inférieur à 1 mètre et qui est avec soit de la violence verbale et/ou physique. Et voilà, après ça répond souvent à un mal être de toute façon soit au niveau de la douleur, parce que les gens peuvent être agressif en lien avec la douleur, en lien avec un manque d'information, un stress. En fait, il y a pleins de choses qui peuvent entraîner de l'agressivité et être agressif envers quelqu'un qui est agressif ça ne fait qu'augmenter l'agressivité pour moi.

Anaëlle : Et est ce que vous arriveriez à différencier l'agressivité de la violence ?

IDE 1 : Non j'ai un peu de mal avec ça.

Anaëlle : Vous, en tant que soignante, dans quelles situations avez-vous pu être confrontée à des situations d'agressivité ou de violence ?

IDE 1 : Beaucoup chez des personnes qui ont des troubles cognitifs, qui ont des démences, soit des maladies d'Alzheimer, ou liées au vieillissement, la démence de la personne âgée ou lié à des AVC, parce que les AVC peuvent rendre aussi une forme de démence. Et en fait, la dame dont je me souviens, ça date de 3 ans à peu près, et bah elle m'avait agrippé au cou en fait. Et en fait elle était démente, et je n'ai pas vu.... Parce que des fois on peut se dire "bah tiens elle va être agressive" ducoup on se retire un peu puis on change son... Mais là elle m'a pris par le cou et elle m'a serré, et là vraiment j'ai eu... j'ai eu peur... et je ne voulais plus aller après dans sa chambre. Parce que j'avais peur. Après je savais que c'était une démence et tout ça, mais elle avait une force impressionnante. Ou alors il y a aussi le cas des patients... Y avait un patient qui avait sa canne et qui ne voulait pas qu'on rentre dans sa chambre. Donc qui avait la canne là comme ça et qui ... Donc on a appelé la sécurité, car on a la possibilité d'appeler la sécurité pour des cas de violence. Pour ce monsieur là en tout cas.

Et quand la sécurité est arrivée, il s'est tout de suite apaisé le monsieur. Moi souvent c'était lié au patient dément en fait.

Anaëlle : Bah ducoup vous y avez déjà répondu un petit peu avec le mal être, la douleur, le manque d'informations, le stress. Mais est ce que pour vous il y a d'autres facteurs qui peuvent déclencher l'agressivité d'un patient ?

IDE 1 : Et bah peut être aussi quand on a... Suivant aussi le voisin qu'il peut avoir aussi parce qu'il peut y avoir... des fois on est obligé de mettre les gens en chambre double et on ne s'entend pas toujours. Alors les patients qui ont la télé, et qui mettent fort la télé et longtemps, et l'autre patient il est fatigué. Donc en fait ils peuvent être agressifs lié aussi à la cohabitation qui est rendue obligatoire. Donc des fois on change de chambre quand on peut, mais on ne peut pas toujours; Mais sinon on essaye de dire à l'autre personne qu'il faut respecter aussi le repos du voisin. Donc ouais c'est essentiellement ça.

Anaëlle : Et donc cette agressivité elle était sur vous, ou c'était sur son voisin ?

IDE 1 : Non c'était plus sur le voisin, mais ducoup ça implique aussi des fois un refus de soin ou bah on va dire "oh on va encore m'embêter" parce que des fois on a des prises de sang, et des fois ils en ont marre aussi d'avoir des prises de sang tous les jours, ou des choses comme ça. En général, ils sont plutôt compliants les patients, mais c'est vrai que ça nous arrive. Ou l'agressivité des familles aussi parce que par manque d'information beaucoup aussi. Et par manque d'information médicale et puis le week-end c'est encore différent, parce que le week-end, il n'y a que l'interne de garde donc quand la famille a besoin de nouvelles, parce que là ils sont là ce jour là. Et bah on a pas toujours tout, et puis on veut pas toujours tout donner, on a pas le droit non plus de donner toutes les données médicales. Donc on se retrouve confronter à "Ouais mais on ne me dit rien, je suis la famille". On est obligé d'expliquer, de prendre du temps et puis de... et on se fait agresser, ou au téléphone par exemple aussi...

Anaëlle : Oui quand on ne peut pas donner d'informations ?

IDE 1 : Quand on ne peut pas donner d'information. On essaye de passer le médecin quand on peut. Mais si on ne peut pas, on essaye de désengorger cette agressivité et de dire "écoutez on n'y est pour rien". Et souvent l'infirmière est au milieu de tout ça. Entre le patient, les familles et le médecin. Et c'est vrai qu'on a beaucoup de gens un peu agressifs au téléphone ou en face de soi, pas trop... plus verbal que physique je dirais. Surtout les familles c'est plus verbal. Mais c'est vrai qu'on se prend ça... On a un mouvement de recul d'ailleurs je pense dans son attitude. Quand on se fait agresser, on recule.

Anaëlle : Et plus dans les soins, vous avez déjà eu des situations ?

IDE 1 : Quand les gens sont un petit peu perdus, ou agités , bah ils peuvent essayer de taper. Ça c'est arrivé. Des gens vraiment déments qui nous tapent dessus, ça nous est arrivé mais rarement. Ducoup on essaye d'expliquer malgré tout parce que de toute façon il faut toujours expliquer ce qu'on fait. Et

puis on sait bien qu'une personne âgée ça ne va pas être comme une personne de 40-50 ans. On a besoin de plus de temps pour elle, lui expliquer, lui prendre le bras "on va vous faire la prise de sang". Des fois ils retirent, mais le fait d'expliquer bah ils se détendent ou des fois il faut revenir après, ou bien on dit "et bah écouter on fera pas la prise de sang aujourd'hui parce qu'on a pas envie d'avoir un coup non plus." Voila. Et des fois il faut savoir pourquoi on fait cette prise de sang aussi. Car des fois il n'y a pas toujours besoin. on peut essayer de reporter ou de se dire "bah là est ce que cette prise de sang est nécessaire". Et puis le matin, on les réveille, ils ne dorment pas bien la nuit, donc il y a aussi ça. On les prend au saut du lit, avec une prise de sang. C'est pas très agréable. Donc des fois on décale le soin, on peut ou on ne peut pas. Et des fois on ne le fait pas parce que appeler la sécurité pour une prise de sang, peut être pas quand même. Mais des fois on est obligé de les contentionner aussi les patients qui sont trop agressif ou qui peuvent se mettre en danger envers eux même aussi quoi. Ils peuvent tomber du lit. Ils sont énervés, ils bougent dans tous les sens. Mais là ducoup on essaye...

Anaëlle : Pour les protéger aussi ?

IDE 1 : Oui pour les protéger mais on évite un maximum de faire ça. Mais ça peut arriver des fois... Malheureusement...

Anaëlle : Et ducoup dans ces situations, dans toutes ces situations d'agressivité, quelles émotions vous avez pu ressentir ? Donc vous m'avez parlé de la peur? Est ce qu'il y a d'autres émotions ?

IDE 1 : L'angoisse, le stress...l'angoisse... Et des fois suivant le cas, selon la situation, on peut aussi avoir soi-même un peu de... être agressif aussi un peu. Parce que des fois on trouve ça injuste. Parce qu'on fait au mieux, avec les moyens qu'on nous donne et des fois on se dit "mais qu'est ce que j'ai fait pour mériter ça quoi". Donc il y a des fois suivant le jour, aussi la journée, suivant l'humeur aussi, parce qu'on dit qu'il faut faire la part des choses entre la vie professionnelle, oui c'est facile à dire, mais dans les faits c'est pas toujours évident quand on a des soucis. Duccoup des fois, on peut être des fois aussi nous même agressif. Fin dans notre comportement, on va répondre. Ca m'est arrivé une fois de répondre aussi mal à un patient qui était désagréable et agressif en disant heu... il me répond mal donc je lui dit "et bah écoutez pourquoi vous m'agressez comme ça quoi". "Bah j'ai mal". "Bah pourquoi vous ne le dites pas ? Moi j'ai des antalgiques, je peux vous les donner, mais vous ne nous avez pas dit que vous avez mal.Donc voila" Et je lui dit "vous savez le respect c'est dans les 2 sens. Si vous me respectez, je vais vous respecter, mais vous ne me parlez pas comme ça. Je dis "moi je vais vous donner qqch pour vous soulager mais ne m'agressez pas comme ça". Et là ducoup il s'est apaisé, on lui a donné et puis il allait mieux après, il s'est excusé. Ca arrive aussi, les patients s'excusent , et même la famille disait que souvent il était agressif avec eux, et avec le personnel ils disaient "surtout n'hésitez pas" et je leur avais dit "écoutez.." je lui ai dit "le respect c'est dans les 2 sens", et il m'avait dit "mais oui vous avez tout à fait bien fait". Des fois les gens sont agressifs liés à la douleur. Mais des fois on ne sait pas. On est pas dans leur tête.

Anaëlle : Donc le manque de communication peut être un facteur ?

IDE 1 : Oui c'est ça un facteur d'agressivité. En effet. Un manque de temps aussi pour écouter les gens. Parce que si on avait un peu plus de temps pour écouter il y aurait peut être aussi moins d'agressivité.

Anaëlle : Et pour contrôler vos émotions, est ce que vous avez des méthodes particulières ?

IDE 1 : Et bah la respiration. Quand je sens que voilà, je fais des grandes amplitudes. J'inspire, j'expire sur quelques minutes et ça fait du bien. Après y a d'autres méthodes. Mais faut prendre le temps de... de ne pas trop ramener de choses on dit, à la maison et essayer de prendre du temps pour soi aussi. Après, pas tout de suite. De toute façon quand on revient et qu'on a des situations comme ça, on y repense et puis des fois on en parle aussi autour de nous, aux collègues. Donc ça aide, ça nous soulage aussi. Et puis il y a une psychologue aussi qui peut éventuellement nous aider. Mais c'est rare qu'on fasse appel à elle, parce qu'on compte surtout à faire appel à la psychologue pour les patients mais on a la possibilité quand même si on veut vraiment d'aller voir la psychologue. Mais sinon, oui c'est un travail où il faut essayer de... On prend beaucoup sur soi pour... Et puis la respiration ça aide quand même, le sport aussi ça aide. Et l'entente de l'équipe... Parler avec l'équipe... Si vraiment la situation est vraiment très importante, on en parle à la cadre, qui peut aussi aller voir le patient, quand il y a de l'agressivité mais pas lié non plus à une démence, parce que c'est autre chose. Mais il y a des gens qui peuvent être agressifs de nature aussi. En règle générale, on arrive à... ou alors à délier ça, ou en reparler au médecin aussi qui va aussi dire, lui expliquer davantage les choses qui peut un peu apaiser aussi cette agressivité.

Anaëlle : Que signifie pour vous un mécanisme de défense ? Est ce que vous voyez un peu ce que cela signifie ?

IDE 1 : Alors j'ai appris ça mais...

Anaëlle : Je peux vous donner un exemple si vous voulez ?

IDE 1 : Oui

Anaëlle : Par exemple le déni ?

IDE 1 : Ah oui, oui ça peut être aussi le déni. Pour se protéger de ces situations là. Oui ça peut être le déni. Et ça peut être aussi, aussi comment dire...? oui on enfouit tout ça, et puis on se dit qu'on ne veut pas le voir, mais c'est pas la solution en fait d'être dans le déni.

Anaëlle : Justement pour vous, qu'est ce qui peut être bénéfique ou néfaste ?

IDE 1 : Néfaste c'est le déni justement, parce qu'on va enfouir ça en soit et après avoir d'autres soucis de santé ou une exacerbation du stress ou y'en a même qui vont jusqu'au burn out, certaines personnes aussi quand on prend... Il faut savoir en fait... Il faut apprendre. Je dis "apprendre" car moi je n'y arrive encore pas... à lâcher prise en fait. Le lâcher prise. Alors c'est très dur parce que le lâcher prise

en fait ce n'est pas ne rien faire, c'est essayer d'analyser les situations et de prendre du recul à tout ça. Donc le lâcher prise ça peut être un mécanisme aussi pour se protéger et autrement bah... on vit avec, donc je pense que ça joue sur pleins de choses dans notre vie privée. Donc après il faut savoir prendre du recul et... Mais dès fois on n'y arrive pas, des fois on craque... ça nous arrive de pleurer, mais ouais il faut je pense trouver des solutions extérieures ou des solutions qui peuvent faire du bien dans toutes nos relations qu'on peut avoir à l'extérieur. Et donner... Parce qu'on donne beaucoup, donc recevoir c'est important même si on reçoit pas toujours. C'est important de créer des liens extérieurs et faire des choses qui plaisent à l'extérieur. Parce que c'est vrai que c'est un métier qui est très prenant en fait dans tout ce qui est émotionnel et physique aussi. Parce que c'est un métier, même si les aides-soignants c'est plus physique avec le ménage, les toilettes et tout. Nous, c'est la responsabilité aussi globale en fait, et le stress lié aussi à ce qu'on donne, faire attention aux médicaments, faire attention voilà. Il faut avoir un esprit critique de ce qu'on fait donc... Mais je pense qu'en parler c'est aussi bien. Il faut en parler autour de soi, ou il faut en parler aux collègues. Quand on a une bonne équipe aussi c'est important quoi... l'esprit d'équipe. S'entraider. Si on se rend compte qu'on ne peut pas aller voir cette personne là. Moi quand je vois que je ne pouvais plus aller voir la dame là qui m'avait fait peur. J'étais en blocage et bah en fait... J'ai demandé à ma collègue de la prendre en charge. Donc il faut savoir se dire qu'on peut aussi déléguer à quelqu'un d'autre aussi quand on ne peut vraiment pas. Parce qu'après on est plus dans l'objectivité. On est plus objectif parce qu'on a été agressé et on a peur que ça se reproduise et on sait que cette personne là n'a pas fait exprès parce que le lendemain elle était très gentille. Mais je n'arrivai plus à aller voir la dame.

Anaëlle : Donc la prise en soin est différente ?

IDE 1 : Oui elle est différente. Et on peut prendre une attitude différente, de retrait un peu, et de moins donner aussi.

Anaëlle : Donc l'évitement ducoup ?

IDE 1 : L'évitement ducoup.

Anaëlle : L'évitement qui est aussi un mécanisme de défense.

IDE 1 : Bah oui. Quand... Il faut savoir se dire que des fois on ne peut pas. Mais ce n'est pas toujours évident. On y va, mais on se dit "là je ne peux pas". Donc on a ses propres limites aussi et faut savoir dire "non" des fois aussi. Et puis déléguer à quelqu'un d'autre éventuellement ce patient qui pour lequel... Parce qu'il peut très bien être différent avec une autre collègue aussi des fois ils vous prennent en grippe on ne sait pas pourquoi. Mais là à ce moment-là, j'avais fait ça, j'avais dit "je ne peux plus" et tout le monde a compris en fait parce que voilà, c'est ça qui est bien aussi. La compréhension aussi de l'équipe.

Anaëlle : Bah ducoup, vous avez déjà un peu répondu, mais comment vous gérer les situations d'agressivité ou de violence ? Quelles attitudes vous pouvez adopter face à cette situation.

IDE 1 : Bah déjà j'essaye par le dialogue de réexpliquer au patient, d'essayer de le faire verbaliser "bah pourquoi, qu'est ce qu'il se passe ? pourquoi vous êtes agressif ?" pour mieux comprendre pourquoi il est agressif et pour essayer d'apaiser et surtout pas de rentrer dans son agressivité, fin faire pareil quoi. Donc, de parler calmement, doucement, voilà. Après, si il est vraiment dans un délire, on le laisse... Mais quand je sens que c'est possible, d'aller lui demander pourquoi cette situation. Qu'est ce qui l'a rendu agressif, qu'est ce qu'il s'est passé. Et souvent ça apaise quand même parce que les gens s'expriment et ducoup ça calme un petit peu... Bah ça calme l'agressivité en fait. Ça l'apaise. Et puis sinon, si je vois que c'est pas possible à ce moment là, je reviens plus tard, je me dis bon bah là c'est pas le bon moment, il faut qu'il fasse... qu'il se rende compte par lui-même que ça ne va pas. Ou il va se calmer lui-même. Et des fois le fait de se calmer, après on peut en reparler aussi donc...

Anaëlle : Et interroger plus tard l'agressivité ?

IDE 1 : Interroger plus tard voilà. Après ça marche ou ça ne marche pas. Mais en général ça marche plutôt bien. Ou essayer après par le contact, si c'est plutôt l'agressivité verbale que physique, d'essayer par le toucher, essayer d'apaiser en fait un petit peu. Mais ça c'est aussi quand on a du temps. L'écoute c'est très important. Mais on en a de moins en moins donc... On a beau dire, faudrait faire ci, faudrait faire ça, mais parfois c'est pas possible. Mais si on peut, bah on essaye de faire comme ça. De revenir après, de faire verbaliser la personne. Ou même maintenant je leur dit de respirer, même pour le stress ou les choses comme ça. La respiration, d'inspirer, d'expirer, bah des fois ça... Car si ils sont agressifs lié au stress bah ça peut aider. Ou faire appel à la psychologue aussi quand c'est plus... Quand on ne trouve pas nous-même de solution. Car on n'est pas psychologue malgré tout. On est infirmier, mais pas psychologue.

Anaëlle : Donc déléguer en fait. Ça fait un lien avec ma question d'après. Parce qu'en quoi l'équipe soignante, elle peut être une ressource ?

IDE 1 : La psychologue, c'est son métier, donc elle va pouvoir trouver peut être des choses que ... Et puis elle a un autre... Nous on vient on fait... nous on va être invasif avec nos gestes donc il y a aussi qui peut être mal perçu. Mais là ducoup c'est plutôt la psychologue qui va trouver. Elle est extérieure au service aussi et elle ne va pas être dans les soins invasifs, elle va être dans l'écoute. Et puis elle est formée pour ça. Ou d'autres collègues pour lesquels ça va mieux se passer, ils peuvent aller voir la dame ou le monsieur et essayer... Et ça se passera mieux. Ça peut être physique aussi, parfois le visage ne plait pas

Anaëlle : Et que pensez-vous des formations de gestion de l'agressivité des patients? Est ce que vous y avez déjà participé ?

IDE 1 : Gestion de l'agressivité ? une formation pour le personnel ? Oui si si c'est bien, c'est très bien. Je trouve ça très bien. Mais souvent c'est un peu très théorique et en pratique on arrive pas... C'est compliqué quoi... Il faudrait peut être plus peut être des études de cas, ou revivre peut être ce qu'on a déjà vécu et le refaire et voir ce qu'on aurait pu dire à ce moment là ou faire. Mais c'est compliqué. Je pense que... nous c'est de la médecine donc ils sont plus âgés, ils sont plus... Mais l'agressivité aux urgences, ça doit être très dur à vivre. En médecine c'est dur, mais aux urgences ça doit être pire.

Anaëlle : Je pense que c'est dur partout.

IDE 1 : Oui c'est ça... Mais ouais. Mais nous c'est lié beaucoup aux démences en fait.

Anaëlle : Est ce que vous avez quelque chose à ajouter ducoup ?

IDE 1 : Non, bah merci et puis bon courage !

ANNEXE VIII : Entretien IDE 2

Anaëlle : Pour commencer est ce que tu peux me parler de ton parcours professionnel ?

IDE 2 : Oui, donc moi je m'appelle [...], je suis infirmière. J'ai été diplômée en juillet 2022. Par la suite, je suis directement venue sur le CCP donc ici en service de... Fin j'ai fait du pool pendant 4 mois à peu près, du pool en fait on fait un peu tous les services du bâtiment, cardio, pneumo, chir vasculaire, et cetera... Et ensuite j'ai été presque 1 an et demi en service de cardiologie, ici [en service de médecine]. Et pour terminer, là je suis actuellement en pneumologie sur une courte durée aussi.

Anaëlle : D'accord. Alors ducoup pour vous... Pardon... pour toi, qu'est ce que c'est que l'agressivité ? Comment tu définirais ce terme ?

IDE 2 : Alors l'agressivité, pour moi c'est une émotion, ou c'est un ressenti. Je ne sais pas entre les deux comment on pourrait le définir. Mais, ça va être une manière de montrer notre ressenti ou de montrer nos émotions. Je ne sais pas si c'est clair... C'est souvent lié à de la colère, à de l'incompréhension pour moi, à... ça peut être le déni aussi ! Dans l'annonce de certaines maladies, par exemple à l'hôpital, il y a des patients pour leur réaction face à une annonce ou à autre chose, ça va être d'être dans le déni et donc ils vont être agressifs. Voilà je pense que j'ai fait un peu le tour...

Anaëlle : D'accord. Et comment tu différencierais l'agressivité de la violence ?

IDE 2 : Elle est dure ta question... L'agressivité de la violence... Alors euh la violence on peut l'avoir verbale et physique... Mais l'agressivité aussi ducoup... euh... Ou alors peut être que pour moi, la violence ça peut nous atteindre, ça peut nous toucher, alors que l'agressivité ça va être une émotion de la personne, fin ça va être une émotion que la personne va verbaliser plutôt.

Anaëlle : D'accord ! Il n'y a pas de réponses exactes !

IDE 2 : Oui je sais mais c'est compliqué les questions quand même ! Fin ça paraît évident, mais quand on y pense c'est pas simple.

Anaëlle : Dans quelles situations est ce que tu as pu être confronté à des patients agressifs ?

IDE 2 : Des patients en refus de soin. C'est la première chose souvent qui fait que les patients sont agressifs c'est quand ils sont en refus de soin. Bon après, le but c'est pas de les forcer, on sait adapter, on sait s'adapter, on sait tempérer les choses aussi. Les patients agressifs aussi quand ils n'ont pas ce qu'ils souhaitent, c'est-à-dire les chambres seules. Souvent c'est le gros gros problème qu'on rencontre. C'est les patients qui arrivent ici, et qui sont persuadés qu'on peut leur offrir tout comme dans un hôtel. Ce qui n'est pas le cas... on est dans un hôpital public donc on doit s'adapter. Les chambres seules ici, elles sont là pour les patients plus ou moins instables, plus ou moins autonomes... Donc on essaye de leur faire comprendre ça. Y en a pour qui ça passe, et d'autres où c'est "je vais

appeler la direction”, “je vais envoyer un mail à la direction”, “je veux la cadre”et cetera et cetera. Après on arrive à calmer un peu parce qu'ils finissent par comprendre. Mais c'est vrai que c'est l'un des plus gros problèmes à leur arrivée. Ensuite les autres cas d'agressivité... Tu peux me répéter la question ?

Anaëlle : Dans quelles situations est ce que tu as pu être confronté à une situation d'agressivité ?

IDE 2 : Des patients aussi qui ont des troubles cognitifs. Là c'est indépendant de leur part donc bon, voilà... Il faut réussir à trouver les mots pour le calmer. C'est pas évident mais en troubles cognitifs c'est souvent... En plus ici on fait de la médecine, on a beaucoup de patients assez âgés. Donc on a souvent le cas. Et puis je pense que j'ai fait le tour.

Anaëlle : D'accord. Quels sont pour toi les facteurs qui peuvent déclencher cette agressivité ? Après tu m'en as déjà dit certains comme les troubles cognitifs ça peut être un facteur, le fait qu'ils soient en refus de soins un autre facteur. Est ce que tu as d'autres facteurs ?

IDE 2 : Le manque d'information. Le manque d'information c'est un truc... C'est un gros problème qu'on a ici à l'hôpital, dans n'importe quel service. Les patients manquent d'information sur leur devenir, sur ce qu'on va leur faire, sur pourquoi, comment. Donc des fois on arrive avec, rien que le matin, des bilans où ils comprennent pas pourquoi on leur fait le bilan. Après malheureusement les médecins n'ont pas vraiment le temps de tout expliquer. Je les comprends aussi. Mais nous des fois ça nous met un peu dans une situation où voilà, on ne sait pas trop quoi dire. Ça va quand on a les réponses dans le dossier et qu'on arrive à trouver les mots pour leur expliquer mais c'est pas toujours simple. Les traitements aussi, ça c'est aussi un souci. Quand on arrive le matin avec des traitements “oui mais je n'ai jamais pris ça moi”, bah oui c'est le médecin qui a prescrit et puis là tu pars dans une explication qui normalement n'est pas forcément ton premier rôle. Alors oui plus ou moins, c'est plus ou moins ton rôle, mais ça reste au médecin quand même d'expliquer pourquoi le patient va avoir ce médicament.

Anaëlle : Pourquoi il met en place ce traitement...

IDE 2 : Exactement. Et il y a aussi les annonces de pathologies. C'est pas toujours annoncé. Donc, ça aussi ça pose des soucis. Et les examens... Les examens... Mais ça je ne peux pas en vouloir ni au médecin ni à nous même, parce que des fois, on a des examens qui tombent au dernier moment. Des fois il y a des demandes qu'on a fait il y a plusieurs semaines et ça tombe du jour au lendemain comme ça. Encore une fois, c'est le système qui est comme ça et on ne peut rien y faire. On ne peut rien y faire. Donc voilà... Les autres causes ça pourrait être, les facteurs... Donc j'ai dit le manque d'information, les troubles cognitifs, bah ça c'est voilà...

Anaëlle : C'est déjà bien sinon...

IDE 2 : Bah je pense qu'on a fait à peu près le tour. Après j'avais déjà pas mal détaillé avant sur ça.

Anaëlle : Et dans ces situations d'agressivité, quelles émotions tu as pu ressentir ?

IDE 2 : Alors, euh tout dépend des situations. Mais il y a des situations où je ressens moi-même de la colère, envers le patient, des fois envers nous même. Parce que je trouve, par exemple, dans la situation du manque d'information, je trouve qu'on ne fait pas les choses correctement. Donc je m'en veut, et j'en veux à l'équipe de ne pas communiquer assez. Des fois de la tristesse aussi parce que tu as l'impression de tout donner pour les patients. Tu donnes beaucoup de ton temps, beaucoup de ton énergie et malheureusement, je dis bien des fois, parce que c'est une petite minorité. Mais des fois, tu ne reçois rien en retour à part de la colère, de l'agressivité et de l'énervement. Donc ça, c'est un peu frustrant pour nous, je trouve. Voilà, on est vraiment là pour le bien du patient et des fois tu t'en prends plein la gueule pour être honnête. Euh, voilà. Donc j'ai dit la colère et la tristesse. Et puis des fois on a tellement l'habitude, je ne sais pas si on peut dire qu'on ne ressent rien, mais... Peut-être, qu'on cache nos émotions, je ne sais pas...

Anaëlle : Et pour gérer ces émotions, la colère, la tristesse, est ce que tu mets en place des méthodes particulières; fin qu'est ce que tu fais pour contenir tes émotions ?

IDE 2 : Souvent par exemple, quand ça arrive dans une chambre, je sors de la chambre. J'en discute avec mes collègues. On voit ce qui, on essaye de trouver déjà le..., comment dire, pourquoi le patient est en colère, essayer de comprendre son agressivité. Souvent on en discute beaucoup entre collègues. Après, on essaye de trouver des solutions aussi, c'est-à-dire d'essayer de faire intervenir une autre personne. Et des fois c'est aussi... c'est aussi... Je pense que... On ne peut pas matcher avec tout le monde, donc parfois il faut savoir mettre un stop à la relation soignant-soigné qui n'est pas adaptée.

Anaëlle : Et donc déléguer à une autre personne ?

IDE 2 : Déléguer exactement. Communiquer entre l'équipe, déléguer, et puis voilà... Si, une fois, ça nous est arrivé d'appeler la sécurité, mais je ne sais pas si ça en fait partie ?

Anaëlle : Si si, très bien. Est ce que tu saurais dire ce que c'est un mécanisme de défense ?

IDE 2 : Définir le mécanisme de défense ? Je n'ai plus les définitions de mes cours !

Anaëlle : Non, mais des exemples ?

IDE 2 : Des exemples ? Un mécanisme de défense ? Bah l'agressivité c'est un mécanisme de défense. La colère s'en est un aussi.

Anaëlle : Et en quoi c'est des mécanismes de défense ducoup ?

IDE 2 : Par exemple, le patient pour couvrir une... comment dire... En quoi c'est un mécanisme de défense... Je t'avoue que c'est compliqué de répondre...

Anaëlle : C'est pas grave

IDE 2 : Je ne sais pas... Non ça ne me vient pas...

Anaëlle : C'est pas grave... Et l'agressivité, la colère et sur les mécanismes de défense que le soignant peut mettre en place. Par exemple, il y a le déni aussi. C'est déjà arrivé dans des situations que le déni soit présent en tant que soignant ?

IDE 2 : Dans tous les cas moi non. Le déni, non... Non car on est toujours dans la réalité. On essaye d'être toujours dans l'honnêteté avec le patient. Donc être dans le déni c'est pas bénéfique ni pour nous, ni pour le patient. Donc non, non toujours être dans l'honnêteté et vraiment dire ce qu'il s'est passé. Après oui parfois il y a des petits mensonges, on essaye de...voilà... Le déni, je ne pense pas que ce soit bénéfique pour nous ou pour le patient.

Anaëlle : Bah ducoup j'en viens à ma question, en quoi est ce qu'un mécanisme de défense peut être bénéfique ou néfaste ?

IDE 2 : Bah là comme je t'ai expliqué. L'honnêteté... Ca ne peut qu'être néfaste pour le patient car ça ne peut qu'augmenter sa colère et le patient il est là dans un but précis, c'est d'être soigné, donc si on continue dans un cheminement où le patient est en colère, nous on arrive pas à le comprendre et cetera... Il n'y aura jamais d'aboutissement bénéfique pour lui. Pour nous ça n'a aucun intérêt. Clairement. Ca ne peut qu'être néfaste. Car comme je te le disais. On donne énormément de notre temps au patient, énormément d'énergie, on a beaucoup d'émotions, on passe par toutes les émotions. Donc se rajouter ça encore plus... fin ça n'a rien de bénéfique je pense.

Anaëlle : Et tu me parlais des mécanismes de défense tels que l'agressivité et la colère. Pour toi ces deux-là sont plutôt bénéfiques ou néfastes ?

IDE 2 : Complètement néfaste. Sans aucun doute.

Anaëlle : Et en quoi c'est néfaste ducoup dans la relation ?

IDE 2 : Bah, on n'avance à rien. Ça va être toujours un mot plus haut qu'un autre. Encore une fois, pour le patient ça n'a rien de bénéfique. Mais vraiment. Car qu'on se mette en colère avec une personne de notre famille, un ami, oui... Mais là on est sur un lieu de travail, sur une relation qui doit être patient - soignant. Je ne vois pas où il est l'intérêt. Il n'y a aucun bénéfice.

Anaëlle : Quand tu te retrouves dans une situation d'agressivité, comment est-ce que tu la gère ? Comment est ce que tu...? Tu me disais tout à l'heure, calmer le patient, en lui disant des mots, en lui expliquant tout ça.

IDE 2 : Ouais euh... C'est vrai que moi je travaille beaucoup sur la communication. La première chose que je vais faire, c'est comprendre pourquoi le patient, il est en colère. Ne pas parler plus fort que lui. Vraiment avoir une voix calme et douce, et vraiment... Il faut vraiment essayer de trouver une voix beaucoup plus douce, beaucoup plus calme. Ca, ça aide beaucoup. Ensuite quand on parle au patient c'est de se mettre à côté de lui et se mettre à sa même hauteur. C'est pas toi qui parle, tu es debout, et lui qui est allongé ou assis. Ça, ça ne fonctionne pas. Faut vraiment que tu sois en face du patient. Je te dis ça, mais c'est mes manières de faire. Ça te permet de te mettre à égale distance de lui, et de lui rappeler que bah on est pareil. Je suis là pour communiquer, je suis là pour essayer de comprendre ce qui ne va pas, je ne suis pas au dessus du patient. Mon but, je ne suis pas la maîtresse ou quoi que ce soit. C'est vraiment dans ce but là, il faut commencer par ça, et après c'est de la

discussion, de la communication. C'est pourquoi selon vous on vous as fait ça, pourquoi selon vous on ne vous as pas dit ça, pourquoi on agit comme ça, qu'est ce qu'on pourrait faire pour s'améliorer. Il faut creuser en fait.

Anaëlle : Questionner le patient ?

IDE 2 : Questionner le patient. Et généralement, tu te rends compte en fait, la colère du patient qu'il a, c'est pas du tout par rapport à nous. C'est pas rapport au fait qu'il soit hospitalisé, qu'il soit malade. Et souvent ça découle aussi de problèmes familiaux. Très souvent même.

Anaëlle : D'accord. Donc ça pourrait être un facteur déclencheur aussi ?

IDE 2 : Complètement.

Anaëlle : Et quels types de problèmes familiaux. Tu as déjà eu des situations comme ça ?

IDE 2 : Oui, des patients qui ont des familles un peu euh... Pas de ressources familiales. Le manque de ressources familiales. Des problèmes, des problèmes de famille auparavant. L'un n'arrive pas à communiquer avec l'autre. Le frère de la mère de la sœur. Des fois c'est très compliqué. Des fois même pour la personne de confiance "je veux que ce soit elle" mais tu as l'autre soeur qui appelle, et tu ne peux pas donner d'informations car ils sont en froid. Des fois c'est très très compliqué. Les problèmes familiaux c'est l'un des gros gros problèmes aussi. Y a le problème financier aussi qui peut être un facteur. Le devenir, tu vois ça me revient, le devenir des patients après l'hospitalisation.

Anaëlle : Qui peut les inquiéter ?

IDE 2 : Qui peut les inquiéter. Les mettre en colère aussi parce que des fois on a des propositions. On essaye de leur proposer des solutions mais qui ne leur convient pas en fait. Il y a des patients qu'on a gardés pendant plusieurs mois, car on était dans une impasse.

Anaëlle : Ce que vous leur proposiez ne leur convenait pas. Et qui pouvaient être agressifs envers vous parce que vous ne trouviez pas de solution ?

IDE 2 : Complètement. Et je parle des patients, mais les familles aussi. Les familles... Les familles, c'est aussi un autre grand point, un autre grand problème aussi. Les familles qui ne veulent pas reprendre le patient à domicile. Ce qui peut se comprendre dans certaines situations. Souvent ils pensent que l'hôpital est dans le devoir de faire toutes les démarches, pour mettre en place toutes les aides pour les demandes d'ehpad et cetera, et cetera... Nous on essaye de faire le maximum. Le premier point qu'on étudie à l'entrée d'un patient c'est vraiment son devenir. Qu'est ce qu'il va devenir, à la fin de son hospitalisation ? et malheureusement on ne peut pas tout faire. Et ça malheureusement des fois ça bloque... des fois beaucoup.

Anaëlle : Et donc les familles qui sont agressives envers vous car vous ne trouvez pas de solution...

IDE 2 : Ouais ouais.

Anaëlle : D'accord. Et donc je reviens sur la manière dont tu gères les situations. Est ce que tu as des attitudes que tu conseillerais d'adopter face à un patient agressif. Fin tu m'as dit être calme...

IDE 2 : Oui je pense que j'ai tout dit.

Anaëlle : Rien de plus à ajouter ?

IDE 2 : Rien de plus à ajouter sur tout ça. Ouais bah les attitudes, c'est vraiment se montrer plus calme que le patient et ne pas hausser le ton plus que lui. Ça n'a aucun intérêt et ça ne va pas calmer la chose.

Anaëlle : Tu m'as parlé tout à l'heure que tu en rediscutais avec tes collègues face à un patient agressif pour trouver des solutions ensemble. En quoi l'équipe peut être une ressource dans la prise en soin d'un patient agressif ?

IDE 2 : Bah elles peuvent nous apporter des solutions et elles peuvent nous faire comprendre que le problème c'est pas... Fin si le patient est agressif c'est qu'il y a vraiment un souci sous-jacent donc... euh...

Anaëlle : Peut-être de voir les choses plus claires ? de manière plus objective ?

IDE 2 : Carrément. Puis c'est vrai que des fois quand on est à froid comme ça, on voit moins les choses... Quand on est face à un patient agressif comme ça, des fois on va tout prendre mal. Alors qu'à froid quand on y repense, on se dit il y a peut être ça aussi... si il est comme ça, c'est que lui aussi il se pose des questions, il n'a pas réponse à ses questions. Il est en colère parce qu'on lui a annoncé ça et cetera et cetera.

Anaëlle : Qu'est ce que tu penses des formations de gestion de l'agressivité des patients ? Est ce que tu as déjà participé à ce type de formation ?

IDE 2 : Non je n'y ai pas participé. Mais j'ai des collègues qui l'ont fait et elles n'ont pas trouvé ça très bénéfique.

Anaëlle : D'accord, en quoi elles n'ont pas trouvé ça bénéfique ?

IDE 2 : Alors ça, il faudra leur demander ! Mais ducoup non...

Anaëlle : Et ducoup ça ne t'intéresserait pas de faire cette formation ?

IDE 2 : Non... Non car je pense qu'on a les outils nécessaires. Fin on... En tous les cas, moi j'arrive à faire face à des patients agressifs car on sait généralement d'où vient le problème.

Anaëlle : Oui vous arrivez à trouver la source...

IDE 2 : Exactement !

Anaëlle : Ok. Est ce que tu as des choses à ajouter ?

IDE 2 : Pas du tout...

Anaëlle : Merci beaucoup !

IDE 2 : De rien avec plaisir ! Et puis bon courage pour la suite !

ABSTRACT

NOM : ROUSSELIN

Prénom : Anaëlle

TITRE DU MÉMOIRE : La gestion des émotions de l'infirmier face à un patient agressif

Ce mémoire aborde le thème de l'impact des émotions sur la prise en soin d'un patient agressif en service de médecine adulte. Pour explorer ce sujet, des entretiens ont été réalisés auprès de deux infirmières exerçant en service de médecine adulte. L'une d'entre elles est diplômée depuis plus de vingt ans, tandis que l'autre est nouvellement diplômée. Les données recueillies ont ensuite été croisées avec les concepts théoriques se rapportant à la thématique du mémoire.

Ce travail a révélé que l'agressivité est un phénomène de communication multifactoriel, se manifestant de manière verbale ou non verbale et témoignant de la souffrance du patient.

Cette étude suggère que l'agressivité des patients engendre chez les soignants des émotions et peut avoir un impact sur la prise en soin du patient. Ainsi, les infirmiers doivent alors contrôler leurs émotions pour limiter cet impact négatif sur les soins. De plus, ce travail met en évidence que les mécanismes de défenses protègent les infirmiers des émotions induites par les situations d'agressivité. Cependant, à cause de leur aspect inconscient, ils peuvent aussi impacter négativement la prise en soin du patient.

Enfin, l'intelligence émotionnelle, l'adoption d'une posture professionnelle adaptée, la rassurance de l'équipe soignante et les formations existantes, sont essentielles pour les infirmiers. En effet, cela lui permet de gérer ses émotions, de prendre en soin le patient agressif de manière optimale, et donc de limiter l'impact des émotions sur cette prise en soin.

THESIS TITLE : Managing the emotions of nurses dealing with an aggressive patient

This research report deals with the impact of emotions on the taking care of an aggressive patient, on an adult medicine ward. To explore this subject, interviews were conducted with two nurses working in the adult medicine ward. One of them has been a graduate for over twenty years, while the other is a recent graduate. The data collected was then cross-referenced with theoretical concepts relating to the theme of the study.

This work revealed that aggressiveness is a multifactorial communication phenomenon, manifesting itself verbally or non-verbally and reflecting the patient's suffering.

This study suggests that patient aggression generates emotions in nurses and can have an impact on patient care. Therefore, nurses must control their emotions to limit the negative impact on care. Furthermore, this work shows that defense mechanisms protect nurses from the emotions induced by aggressive situations. However, due to their unconscious aspects, they can also have a negative impact on patient care.

Finally, emotional intelligence, the adoption of an appropriate professional posture, reassurance from the nursing team and existing training are essential for nurses. Indeed, this enables them to manage their emotions, to take care of aggressive patients optimally, and therefore to limit the impact of their emotions on their care.

MOTS CLÉS : Agressivité, Émotion, Prendre soin, Mécanisme de défense, Intelligence émotionnelle.

KEY WORDS : Aggressiveness, Emotion, Take care, Defense mechanism, Emotional intelligence.

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