

Institut de Formation en Soins Infirmiers

9, Rue de la Marne
35403 Saint-Malo Cedex

MÉMOIRE D'INITIATION À LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS

L'infirmier face à la violence en psychiatrie



SOHIEZ, Océane

Promotion 2015/2018

Semestre 6 – Compétences 7 et 8, UE 3.4 S6, UE 5.6 S6, UE 6.2 S6



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

Direction régionale de la jeunesse, des

sports et de la cohésion sociale

Pôle formation – certification – métier

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER

Travaux de fin d'études :

MIRSI : « L'infirmier face à la violence en psychiatrie »

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'État d'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 :

Signature :

Fraudes aux examens :

Code pénal, titre IV des atteintes à 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 euros 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'État constitue un délit.

« Je m'oppose à la violence parce que lorsqu'elle semble produire du bien, le bien qui en résulte n'est que transitoire, tandis que le mal produit est permanent »

MAHATMA Gandhi, La jeune Inde, 1924

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier,

L'ensemble des formateurs de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Saint-Malo pour leur accompagnement tout au long de ces trois années de formation et plus particulièrement Sophie Bor, Céline Rochard et Christelle Maloizel pour leurs aides et conseils lors des différents suivis pédagogiques mais aussi Guillemette Besnard pour l'élaboration de ce mémoire,

Karine Leroy pour sa bienveillance et sa disponibilité,

Ma famille pour leur soutien dans mon projet professionnel et mes amis qui ont été d'un soutien inégalable dans les moments de doutes, notamment Alicia Lehoux, Mathieu Guillou et Laurine Levrard-Valais,

Les équipes soignantes qui ont pu me suivre lors de mon parcours de stage ainsi que les infirmiers qui m'ont accordé leur temps lors des différents entretiens.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
<u>1 L'ÉLABORATION DU SUJET DE RECHERCHE</u>	<u>2</u>
1.1 LA PRÉSENTATION DE LA SITUATION D'APPEL	2
1.2 DU CHEMINEMENT À LA QUESTION DE DÉPART	3
<u>2 LE CADRE CONCEPTUEL</u>	<u>5</u>
2.1 LA MÉTHODOLOGIE	5
2.2 LA VIOLENCE DES PATIENTS EN PSYCHIATRIE	5
2.2.1 LES DISTINCTIONS ENTRE AGRESSIVITE ET VIOLENCE	5
2.2.2 LA VIOLENCE : SES FORMES, SES NIVEAUX ET SES ETAPES	6
2.2.3 LA PREVALENCE DE LA VIOLENCE	7
2.2.4 LES FACTEURS INFLUENÇANT LA VIOLENCE	8
2.2.5 LE CADRE LEGISLATIF : LES ASPECTS PREVENTIFS, LA PROTECTION DES SOIGNANTS	9
2.3 L'INFIRMIER EN PSYCHIATRIE	10
2.3.1 LES ROLES	10
2.3.2 LES DIFFICULTES RENCONTREES	11
2.4 LA PRÉVENTION ET LA GESTION DE LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE	12
2.4.1 LES RESSOURCES PERSONNELLES	12
2.4.2 LES RESSOURCES DU SERVICE, DE L'ÉQUIPE	13
2.4.3 LES RESSOURCES THERAPEUTIQUES ET MEDICALES	15
2.5 LES RÉPERCUSSIONS DE LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE	16
2.5.1 LES REPERCUSSIONS SUR LE SOIGNANT	16
2.5.2 LES REPERCUSSIONS SUR LA RELATION AVEC LE PATIENT ET LA QUALITE DES SOINS	19
2.5.3 LES REPERCUSSIONS SUR L'ÉQUIPE ET SUR L'ENVIRONNEMENT DU TRAVAIL	20
<u>3 LE CADRE EMPIRIQUE</u>	<u>21</u>
3.1 LA MÉTHODOLOGIE	21
3.2 L'ANALYSE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES	21
3.2.1 L'AXE N°1 : LA VIOLENCE DES PATIENTS EN PSYCHIATRIE	22
3.2.2 L'AXE N°2 : LA PREVENTION ET LA GESTION DE LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE	23
3.2.3 L'AXE N°3 : LES REPERCUSSIONS DE LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE	25
<u>4 LA DISCUSSION</u>	<u>29</u>
CONCLUSION	34
<u>RÉFÉRENCES</u>	
<u>SOMMAIRE DES ANNEXES</u>	

INTRODUCTION

Étudiante en 3^{ème} année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Saint-Malo, j'effectue aujourd'hui mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers (MIRSI) dans le cadre des unités d'enseignements 3.4 « *Initiation à la démarche de recherche* », 5.6 « *Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles* » et 6.2 « *Anglais* ».

Lors de ces trois années de formation, j'ai eu l'opportunité d'avoir un parcours de stage varié. Toutefois, une typologie a attiré plus particulièrement mon intérêt personnel et professionnel, la psychiatrie. Lors de ma formation, j'y ai effectué deux stages : 5 semaines dans un service ouvert en deuxième année et 10 semaines dans un service fermé au cours de ma troisième année.

Avant de découvrir le domaine de la psychiatrie, je n'envisageais pas, une fois diplômée, de travailler dans ce secteur. Mais à la suite de ce premier stage, j'y ai pu envisager un avenir professionnel. En effet, je me suis épanouie au sein de ce service mais il m'a aussi permis d'effacer mes appréhensions antérieures quant à la prise en charge de personnes atteintes de troubles mentaux. Prise en charge qui m'était complètement inconnue. Cette première approche a été néanmoins difficile puisqu'elle m'a confronté à plusieurs situations d'agressivité et de violence de la part de certains patients. Une situation m'a particulièrement interrogé car elle a été ma première confrontation à la violence.

En effet, je me suis questionnée sur mes capacités personnelles et professionnelles mais aussi sur celles du personnel soignant pour gérer ces tensions psychiques. Je me suis donc demandé si j'étais moi-même capable de travailler dans un service de soins psychiatriques. La notion de violence physique et/ou verbale pouvant être présente dans ces services. Ainsi, la récurrence ou non de cette violence peut avoir un impact auprès des soignants d'un point de vue émotionnel, psychique mais aussi sur leur exercice professionnel.

J'ai donc choisi de réaliser mon travail de recherche sur le thème de la gestion de la violence en service de soins psychiatriques. Ce travail sera un moyen de renforcer mes connaissances sur ce thème afin de m'aider dans ma future pratique professionnelle. Il sera donc question de m'intéresser à la gestion de cette violence par les professionnels de la santé pour préserver leur santé mais aussi garantir une qualité de soins optimale auprès des patients. Il sera enfin question de m'intéresser aux différentes répercussions de celle-ci.

1 L'ÉLABORATION DU SUJET DE RECHERCHE

1.1 LA PRÉSENTATION DE LA SITUATION D'APPEL

J'ai effectué mon premier stage de psychiatrie lors de ma deuxième année de formation, dans un service ouvert. À l'approche de ce stage, j'appréhendais la rencontre avec les différents patients du service. Selon moi, la psychiatrie était synonyme de violence, d'agressivité avec un degré de dangerosité important. De plus, je ne me sentais pas vraiment capable de prendre en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. Je ne savais pas à quoi m'attendre et je ne savais pas comment appréhender le contact avec ces patients.

Lors de ce premier stage, j'ai été amenée à faire une injection intramusculaire à une patiente de 32 ans ayant une schizophrénie paranoïde associée à des hallucinations auditives, un grand sentiment de persécution et un comportement parfois agressif avec des regards scrutateurs. Cette patiente présentait des antécédents de violences physiques envers des soignants et/ou d'autres patients. Sa thymie est très fluctuante. La communication est très difficile avec elle. Elle peut avoir un contact agréable et peu de temps après, être dans la distance, sans répondre lorsqu'on lui parle.

Lors de ce soin, la patiente accepte que ce soit moi qui lui administre son traitement. Habituellement, elle est plutôt récalcitrante au fait que les soins soient réalisés par des étudiants. La patiente s'installe donc dans la salle de soins mais elle manifeste de l'agacement face à l'attente lors de la préparation du soin. En effet, c'était la première fois que je faisais une injection intramusculaire et sa préparation. Un infirmier est présent pour m'encadrer. Au moment de l'injection, elle tient à mon égard, des propos intimidant en me menaçant directement de violences physiques si je lui fais mal. J'essaye de la rassurer du mieux que je peux, en vain. Le soin se passe normalement malgré quelques signes d'impatience de sa part. À la fin du soin, elle constate que je suis rouge au niveau du visage et ne manque pas de me le faire remarquer avec un rire, qui selon mon ressenti était moqueur. Je lui ai donc dit que ce n'était pas grave et que cela pouvait m'arriver parfois. Celle-ci retourne ensuite dans les parties communes sans répondre à ce que je venais de lui dire.

En prenant de la distance face à ce soin, je me suis rendu compte que j'étais très stressée et que j'avais peur du déroulement de ce soin car, du fait de sa pathologie, elle était imprévisible. Les propos qu'elle a tenu m'ont déstabilisé car ils étaient menaçants. Enfin, le fait qu'elle se rende compte de mes émotions montre une certaine stratégie malveillante et d'intimidation envers moi, d'autant plus qu'elle m'en a fait la remarque.

À la fin de ce stage et en prenant du recul vis-à-vis de la pathologie psychiatrique, mes représentations ont changé grâce aux connaissances assimilées, aux différentes discussions avec l'équipe soignante et au contact des patients. De par mes expériences de stage, la violence peut être présente en psychiatrie mais elle relève le plus souvent d'une souffrance, d'une détresse de la part du patient. Cette situation éprouvante a malgré tout suscité chez moi de nombreux questionnements.

1.2 DU CHEMINEMENT À LA QUESTION DE DÉPART

De par cette situation singulière dans l'acte de réaliser une injection intra musculaire pour la première fois et par les propos de Mme L à mon égard, cette situation m'a questionnée.

Lors de mes deux stages en psychiatrie, j'ai été confrontée à plusieurs situations de violence de la part des patients. Ainsi, j'ai tout d'abord voulu rechercher si cette expérience était isolée ou si ce phénomène pouvait être récurrent au sein des services de psychiatrie. Est-ce fréquent d'être amené à vivre des situations de violences et d'agressivité en psychiatrie ? Y sont-elles plus fréquentes que dans un autre service ?

Selon l'HAS, « *toutes les personnes souffrant de troubles mentaux graves ne sont pas violentes et tout fait de violence dans la société n'est pas imputable à la maladie mentale. Toutes les études montrent que les personnes souffrant de troubles mentaux ne sont que rarement impliquées dans une violence faite au tiers¹* ». Ainsi, la violence ne concerne pas majoritairement les personnes souffrant de troubles mentaux au sein de la société. Toutefois, certaines pathologies peuvent montrer une augmentation du risque de violence, notamment la schizophrénie et les troubles bipolaires. De plus, cette violence serait plus liée à certains moments difficiles de l'évolution de la maladie avec des facteurs associés tels que la prise de substances psychoactives par exemple².

Néanmoins, en ce qui concerne les services de soins, l'HAS déclare qu'« *il y aurait 3 incidents par semaine liés à des moments de violence dans chaque unité d'hospitalisation en psychiatrie, ce qui représenterait environ 500 000 incidents par an en France³* ». Selon les incidents déclarés, ce secteur serait le plus touché par la violence en 2016 selon le dernier rapport de l'observatoire national des violences en milieu de santé. Ce phénomène reste donc récurrent au sein de ces services même si les autres services n'y sont pas exclus. En faisant le lien avec mon expérience de stage, je me suis aperçue que les seules situations de violence auxquelles j'ai pu faire face concernent exclusivement des situations vécues dans des services de psychiatrie.

À la suite de ce constat et avec mes différentes lectures, je me suis questionnée sur la manière dont les soignants peuvent gérer cette violence et faire face à ces conséquences. Qu'est-ce qui peut désamorcer cette relation menaçante entre un professionnel présent pour soigner et un patient ayant un comportement violent envers lui ? Que peut mettre en place l'infirmier pour se protéger de cet envahissement néfaste, quelles sont ses ressources ? Qu'est-ce qui peut expliquer en santé mentale, la présence de la charge émotionnelle ? En effet, « *la violence n'est jamais acceptable (...) Anticiper les réactions, décoder une situation, adapter ses propos et ses attitudes sont devenus aujourd'hui indispensables pour apprendre à y faire face et à se protéger.⁴* ». La violence n'est donc pas banale. Cela suppose de la part des soignants, une certaine anticipation, de la compréhension et une certaine adaptation dans les soins.

Par mon ressenti, je me suis questionnée sur l'impact que pouvait avoir cette violence auprès des professionnels de santé sur le long court. En effet, lors de cette situation de soins avec Mme L, cette patiente a eu des propos intimidant à mon égard ce qui a suscité en moi un certain stress, stress qui a perduré durant quelques jours. De plus, lors de mes différents échanges avec les professionnels de santé en psychiatrie, ceux-ci m'ont exposé leur désarroi, leur impuissance face à certaines situations de soins. Certains ont même exprimé une certaine insécurité face à certains

¹ HAS. *Épisodes de violence des patients en psychiatrie : comment les éviter ? comment mieux les gérer ?* p.2. Consulté le 27/02/2018 sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-11/dossier_de_presse_prevention_des_episodes_de_violence_des_patients_hospitalises_en_psychiatrie.pdf.

² Ibid. p.2

³ Ibid. p.2

⁴ MAURANGES, A. (2007). *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*. Montargis : MNH. p.17

patients ayant un comportement plus ou moins violent tout en disant que c'est l'expérience et le recul sur ces situations qui leur permettent de tenir et d'apprécier les soins en psychiatrie. Le personnel soignant est formé pour faire face à ces violences. Malgré cela, chaque soignant à sa propre expérience, son propre caractère et sa propre personnalité. Ainsi, des confrontations répétées à cette violence peuvent avoir une incidence sur la santé des professionnels, qu'elles soient physiques et psychologiques. En effet, « *Les conséquences néfastes d'acte de violence sur la santé et la sécurité du personnel infirmier ont été largement documentées. Outre les blessures physiques, la violence entraîne des effets potentiellement dévastateurs sur la psychologie des victimes (...) et sur l'environnement du travail*⁵ ».

Au décours de ce cheminement, de mes lectures et de ces nombreuses interrogations, j'ai pu aboutir à la formulation de ma question de départ :

En quoi les situations récurrentes de violence des patients en psychiatrie peuvent impacter la charge émotionnelle des infirmiers et leur exercice professionnel ?

Il s'agira donc ici, de faire une recherche concernant la violence et le contexte des soins psychiatriques pour ensuite me questionner sur la prévention et la gestion de la violence par les infirmiers pour préserver leur santé et ainsi garantir une qualité des soins optimale auprès des patients. Ensuite, je m'intéresserais aux différents impacts de cette violence sur la charge émotionnelle qu'elle peut engendrer mais aussi sur l'exercice professionnel.

⁵ PERRON, A et al. *Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et de dangerosité*. p.49. Consulté le 22/09/2017 sur <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-1-page-47.htm>

2 LE CADRE CONCEPTUEL

2.1 LA MÉTHODOLOGIE

Afin d'élaborer ce mémoire de fin d'études, je me suis appuyée sur une situation m'ayant interpellée lors d'un stage infirmier. Après avoir pris du recul vis-à-vis de cette situation et en l'analysant grâce à une analyse de pratiques, j'ai pu faire émaner certains questionnements en fonction des éléments qui m'avaient interpellés. Pour comprendre l'expérience que j'ai pu vivre, je suis allée me documenter sur ce qu'était la violence en psychiatrie et si mon expérience était courante au sein de ces services : Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH), Haute autorité de santé (HAS), Organisation mondiale de la santé (OMS). Après cette première recherche et en lisant plusieurs autres articles, j'ai pu dégager d'autres questionnements notamment sur la gestion de cette violence et sur ses différents retentissements, que ce soit sur les soignants ou sur les patients. Après ces lectures et grâce aux guidances individuelles et collectives, j'ai pu déterminer ma problématique de départ.

Au cours de mes lectures, j'ai envisagé plusieurs plans. Celui que j'ai retenu est le suivant car il me semblait cohérent : je me suis tout d'abord intéressée à la violence des patients en psychiatrie de manière générale, je me suis orientée par la suite vers le rôle de l'infirmier et vers les difficultés qu'il peut rencontrer dans cette spécialité. Enfin, j'ai terminé mon cadre conceptuel par la prévention de cette violence, sa gestion par les soignants et sur les répercussions de celle-ci.

2.2 LA VIOLENCE DES PATIENTS EN PSYCHIATRIE

2.2.1 Les distinctions entre agressivité et violence

Au cours de mes différentes recherches documentaires, je me suis aperçue que le terme de violence était plus approprié à ma situation, que celui d'agressivité.

Effectivement, selon un article de la MNH⁶, la violence se distingue de l'agressivité. Une personne agressive a besoin de faire reconnaître sa puissance tout en prenant en compte la relation avec l'autre. Cette relation prend une place privilégiée et la volonté de faire souffrir l'autre prédomine. Au contraire, la personne violente ignore la relation avec l'autre, il ne la perçoit plus et est inexistante. Elle n'éprouve donc pas la volonté de faire souffrir l'autre consciemment. Le comportement violent relève plutôt d'une certaine forme d'angoisse dont l'objectif sera d'assurer sa survie en répondant à un danger. Ainsi, « *nous sommes tous concernés par la violence alors que nous ne le sommes pas tous par l'agressivité. Il faut, pour être agressif, une revendication de puissance et une relation érotique avec sa victime. En revanche, il est possible d'être violent par indifférence, ou simplement pour rester en accord avec des règles inhumaines qui infiltrent peu à peu les comportements sociaux à l'insu de ceux qui les vivent...⁷* ».

Dans ma situation, la patiente, atteinte d'une schizophrénie paranoïde, est donc plutôt dans la violence psychologique que dans l'agressivité. Je pense qu'elle ne recherche pas à me faire souffrir mais elle cherche possiblement à se protéger de ce qu'elle ressent comme étant une agression. Le terme de violence me semble donc plus adéquat dans le cadre de ma situation de départ avec les propos menaçants de Mme L et au vu de sa pathologie mais aussi pour l'élaboration de ce mémoire.

⁶ MNH. *Violence et agressivité, une distinction essentielle*. Consulté le 27/02/2018 sur www.santementale.fr/inc/ddldoc.php?file=medias/pdf/sm165_mnh.pdf.

⁷ Ibid. p.7

2.2.2 La violence : ses formes, ses niveaux et ses étapes

A. Les définitions

L'OMS définit la violence comme étant « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibérée de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence* ⁸ ». Par cette définition, l'accent est plutôt mis sur l'atteinte à l'intégrité physique.

L'organisation des nations unies, quant à elle, définit la violence de la manière suivante : « *La violence fait référence à tout acte violent de nature à entraîner ou risque fortement d'entraîner, un préjudice physique, sexuel ou psychologique ; il peut s'agir de menaces, de négligence, d'exploitation, de contrainte, de privation arbitraire de liberté, tant au sein de la vie publique que privée* ⁹ ». Cette définition prend en compte l'usage de la violence physique mais aussi psychologique. Ainsi, il existerait différentes formes de violence.

B. Les formes et les niveaux

D'après le rapport annuel de l'observatoire national des violences en milieu hospitalier (ONVH) de 2012¹⁰, il existerait différentes formes et niveaux de violence. Dans ce rapport, il existe 3 niveaux de gravité prévalents¹¹ concernant les violences vis-à-vis des signalements recensés :

- Niveau 1, violences verbales : les injures, les insultes et provocations sans menace (propos outrageants à caractère discriminatoire ou sexuel) avec 28% des signalements
- Niveau 2, violences psychologiques : menaces d'atteintes à l'intégrité physique avec 20% des signalements
- Niveau 3, violences physiques : violences physiques (atteintes à l'intégrité physique, bousculade, crachats, coups) avec 51% des signalements

La violence psychologique, selon l'OMS, se définit comme « *l'usage délibéré du pouvoir, y compris la menace de recourir à la force physique, contre une autre personne ou un autre groupe, pouvant entraver le développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Sont visés les actes tels que les insultes, l'intimidation, le harcèlement et les menaces* ¹² ». La violence verbale pourrait donc amener à la violence psychologique du fait de la présence des « *insultes* » dans cette définition. Elle est susceptible de créer un climat de crainte atteignant donc l'intégrité psychologique du soignant.

La violence physique, quant à elle, se définit par l'OMS comme un « *usage de la force physique contre une personne ou un groupe de personne entraînant des dommages physiques, sexuels ou psychologiques. Sont visés les actes qui consistent notamment à battre, donner des coups de pied, gifler, poignarder, tirer avec une arme à feu, pousser, mordre et pincer* ¹³ ».

⁸ OMS. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. p. 3. Consulté le 27/02/2018 sur http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf.

⁹ JUILHARD, J. BLANC, P. *Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir*. Consulté le 06/03/2018 sur https://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-1_mono.html

¹⁰ FERRARI, R. *Rapport annuel 2012 de l'observatoire national des violences en milieu de santé*. Consulté le 06/03/2018 sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_2012_ONVS-2.pdf

¹¹ Ibid. p.11-12

¹² OIT, CII, OMS, ISP. *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé*. p.4. Consulté le 08/03/2018 sur http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/workplace_violence.fr.pdf

¹³ Ibid. p.4

Ainsi, la confrontation à des situations de violence peut donc causer des traumatismes auprès des personnes qui les subissent. « *La charge traumatique ne dépend pas inéluctablement de la nature ou de l'intensité de l'acte incriminé mais plutôt du sens qu'il prend pour celui qui en est la victime en fonction de son état du moment, de son histoire et de ses occurrences inconscientes et symboliques*¹⁴ ». Qu'importe la forme de violence utilisée, l'impact qu'elle va avoir est indéniable, qu'elle soit verbale, physique ou psychologique.

C. Les étapes

Par ailleurs, il me semble intéressant de voir quelles sont les étapes de cette violence, pour ainsi mieux comprendre ce mécanisme. Selon l'article cité précédemment de la MNH, les étapes de la violence¹⁵ sont les suivantes :

- Le sujet est en danger : la personne se sent menacée dans son identité. Cette menace est donc susceptible de déclencher la violence. Il pense que ce n'est pas lui qui est violent en premier.
- La déshumanisation de l'autre : la personne perd de son humanité, il ne considère pas l'autre comme un être à part entière en le déshumanisant. Il l'exclut des règles morales.
- La désymbolisation : la personne ne peut prendre du recul face à la situation en cours, il se trouve dans une distance dont il ne peut revenir en arrière.
- Le passage à l'acte : la personne veut en quelque sorte détruire l'autre face à la violence qu'il a ressenti en retour. Il ne prend pas de plaisir lors de cet acte mais c'est plutôt une nécessité. Il ne culpabilise pas.

« *La violence résulte d'un processus complexe comprenant à la fois l'histoire clinique et individuelle du patient, sa souffrance et son état à cet instant, l'ambiance du service, ainsi que des circonstances extérieures*¹⁶ ». L'acte de violence repose donc sur un certain nombre d'éléments internes et externes.

Après m'être intéressée aux définitions de la violence, ces formes et niveaux mais aussi les étapes de celle-ci, il me semble nécessaire de voir sa prévalence à l'hôpital mais aussi au sein des services de psychiatrie.

2.2.3 La prévalence de la violence

Lors de mon cheminement jusqu'à ma question de départ, j'avais fait le constat que la psychiatrie avait une prévalence importante vis-à-vis de la violence. J'ai donc voulu rechercher d'autres données pour élargir et compléter mon constat de départ.

A. À l'hôpital

Selon Rachel Ferrari, l'hôpital est par nature un lieu de potentielles violences dans la mesure où il peut générer de l'angoisse, des tensions, des émotions fortes. Ces tensions peuvent aboutir à des situations de violence. Elle dit en effet que « *Ces actes génèrent bien souvent une grande incompréhension, et parfois de vraies difficultés professionnelles chez les personnels hospitaliers, dont la mission consiste précisément à venir en aide aux patients et à leurs proches.*¹⁷ ». Les faits de violence au sein des hôpitaux sont en hausse, notamment avec les atteintes aux personnes

¹⁴ MORASZ, L. (2002). « Comprendre la violence en psychiatrie, approche clinique et thérapeutique », p.202

¹⁵ MNH ; op.cit. p.7

¹⁶ HAS ; op, cit. p.4

¹⁷ FERRARI, R ; op.cit. p.3

représentant 71% des signalements. Parmi les incidents déclarés, la répartition des victimes est la suivante : 84% pour le personnel, 10% pour les patients, 3% pour les agents de sécurité et enfin 3% pour les autres. La catégorie professionnelle la plus touchée sont les infirmiers devant les médecins¹⁸.

Par ces différents pourcentages, je peux donc en conclure que les personnels des établissements sont les plus touchés par les violences avec plus de 8 cas sur 10. C'est une part énorme des incidents recensés dans ce rapport national.

B. En psychiatrie

Selon le même rapport, la répartition des événements par lieu ou par service, la première place revient à la psychiatrie pour 25%, 14% pour les urgences et 10% pour la gériatrie¹⁹. Selon Rachel Ferrari, « *Il s'agit d'un secteur où le personnel est particulièrement exposé aux agressions physiques, aux menaces et aux abus verbaux. Le plus souvent liés à la pathologie des patients, on ne peut cependant exclure des actes purement délictuels.*²⁰ » Elle dit aussi que ces trois mêmes services concentrent à eux seuls la quasi-totalité des atteintes à la personne qu'elles soient verbales ou physiques. La part des atteintes aux biens y étant beaucoup plus rare²¹.

La violence est un phénomène qui tend à se reproduire au sein des institutions hospitalières. Il me semble donc intéressant de déceler les facteurs influençant cette violence.

2.2.4 Les facteurs influençant la violence

D'après une recherche en soins infirmiers²², il existerait des facteurs déclencheurs et contributifs à cette violence. Les participants de cette étude sont des infirmiers mais aussi des patients, ce qui permet d'avoir différents points de vue et perceptions de cette violence.

Ainsi, dans cet article de recherche, le profil de patient est un élément important à prendre en compte. En effet, les hommes jeunes (de moins de 40 ans) seraient plus aptes à avoir un comportement agressif et violent lorsque cet élément est associé à la présence de « *troubles mentaux particuliers tels que les psychoses, les troubles bipolaires (phase maniaque) et l'abus de substances*²³ ». Les antécédents de violence et/ou judiciaires de certains patients présenteraient aussi un risque élevé. De plus, la présence dans l'enfance de maltraitance ou encore de délinquance précoce présenterait un risque de violence²⁴.

« *Au-delà de facteurs « internes » propres au patient, l'environnement joue un rôle significatif dans l'occurrence de comportements agressifs*²⁵ ». Effectivement, Amélie Perron, dans cet article, précise par la suite que la structure psychiatrique avec son règlement, les pratiques infantilisantes ou autoritaires de certains soignants peuvent être des éléments déclencheurs de la violence. Ainsi, même si un patient n'a jamais été violent dans le passé, celui-ci peut l'être avec ces circonstances de soins. Enfin, la proximité de certains patients influencerait sur l'apparition de cette violence et sa

¹⁸ FERRARI, R ; op.cit. p.7, 16, 17

¹⁹ FERRARI, R ; op.cit. p.8

²⁰ FERRARI, R ; op.cit. p.14

²¹ FERRARI, R ; op.cit. p.10

²² PERRON, A et al. *Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et de dangerosité*. Consulté le 22/09/2018 sur <http://www.caim.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-1-page-47.htm>

²³ Ibid. p.52

²⁴ VOYER, M et al. (2009, octobre). « Dangerosité psychiatrique et prédictivité ». *L'information psychiatrique*, n°8, p. 747

²⁵ PERRON, A et al. op.cit. p.53

gestion²⁶. Certains soignants et patients expriment que certaines populations de patients ne devraient pas se retrouver ensemble notamment les personnes hospitalisées pour dépression ou encore pour anxiété et les personnes psychotiques, qui, selon eux, présenteraient un risque important de violence²⁷. Le bruit, l'éclairage, les va-et-vient sont également des éléments perturbateurs et pouvant impacter sur l'apparition de comportements violents²⁸.

Les participants insistent tout de même sur les circonstances situationnelles. Un infirmier explique que « *la violence finalement, ça devient comme un symptôme d'un mal-être. Ils deviennent violents parce que peut-être qu'ils n'ont pas d'autres moyens pour exprimer toute la frustration qui les habite*²⁹ ». Ainsi, cet infirmier met plus l'accent sur la souffrance du patient comme étant à l'origine de cette violence. Selon moi, il ne faut donc pas oublier que la pathologie psychiatrique peut être difficile à gérer pour le patient lui-même et que celui-ci peut se sentir rapidement submergé. La maladie peut prendre beaucoup de place et la violence du patient peut donc être un symptôme de sa détresse.

Selon moi, ces différents éléments peuvent donc permettre aux différents soignants interrogés d'avoir une surveillance beaucoup plus accrue et de cibler plus facilement les patients à risques. Les facteurs sont nombreux et la prédiction de cette violence est difficile à établir étant donné le nombre important de données à prendre en compte. La prédiction de la violence repose donc essentiellement sur la présence de facteurs psychopathologiques qui, eux, sont plus stables, moins nombreux et plus fiables par rapport aux facteurs contextuels par exemple³⁰. Ainsi, je pense que la connaissance de ses facteurs va permettre aux soignants d'envisager des stratégies pour éviter ces situations de violence et d'agressivité et/ou pour gérer au mieux ces situations lorsque celles-ci se manifestent.

Ainsi, les facteurs qui semblent les plus fiables dans la capacité de détecter un risque de violence sont : « *Les troubles psychiatriques eux-mêmes, les états psychotiques avec syndrome hallucinatoire, délires de persécution, mystiques, les troubles de l'humeur, l'alcoolisme et la toxicomanie, les troubles de la personnalité de type antisocial, paranoïaque, borderline, passif-agressif, schizotypique, dépendant, évitant, l'exposition aux événements psycho-traumatiques et leurs effets, en termes de troubles anxieux, dépressifs, addictifs. Les associations comorbides, les antécédents psychiatriques de l'enfance et de l'adolescence, les antécédents criminels, les carences thérapeutiques*³¹ ». Face à la récurrence de ces violences et face aux facteurs influençant, les soignants peuvent se sentir démunis. Des lois existent pour protéger le personnel hospitalier vis-à-vis de la violence au travail.

2.2.5 Le cadre législatif : les aspects préventifs, la protection des soignants

En ce qui concerne la violence au sein des établissements de santé, il existe des textes de loi et des circulaires permettant de protéger les professionnels de santé face aux actes de violences.

Il y a l'article 11 de la loi du 13 juillet 1983 sur les droits et obligations des fonctionnaires expliquant que : « *Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal*

²⁶ PERRON, A et al. op.cit. p.53

²⁷ PERRON, A et al. op.cit. p.52

²⁸ PERRON, A et al. op.cit. p.53

²⁹ PERRON, A et al. op.cit. p.53

³⁰ LOVELL, A. *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.* p.39. Consulté le 07/03/2018 sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000723.pdf>

³¹ Ibid. p.38-39

et les lois spéciales (...) La collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer le cas échéant, le préjudice qui en est résulté³² »

De plus, il y a la circulaire du 15 décembre 2000³³ relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence dans les établissements de santé. Cette circulaire réaffirme le devoir des employeurs de protection envers leurs employés victimes de violences.

Par ailleurs, il y a la circulaire du 11 juillet 2005³⁴ relative au recensement des actes de violence dans les établissements médico-sociaux. C'est cette circulaire qui va créer l'ONVH pour comptabiliser le nombre d'actes de violences au sein des établissements de santé. Les établissements de santé désirant déclarer un acte de violence le peuvent en sollicitant l'agence régional de santé (ARS) dont ils dépendent.

Après avoir présenté la violence des patients en psychiatrie, je vais vous détailler le rôle de l'infirmier dans cette spécialité et expliquer certaines difficultés pouvant être rencontrées par le soignant lors de son exercice professionnel.

2.3 L'INFIRMIER EN PSYCHIATRIE

Dans le cadre de l'élaboration de ce mémoire, il me semble indispensable de parler du rôle de l'infirmier en psychiatrie, en quoi il consiste succinctement. En effet, la connaissance du travail en psychiatrie va permettre de comprendre le vécu des soignants, de poser un contexte concernant l'impact que peut avoir cette spécialité sur l'exercice professionnel de l'infirmier.

2.3.1 Les rôles

Selon Olivia Dujardin, dans Actusoins, les infirmiers en santé mentale réalisent moins de soins somatiques, voire pas du tout, tandis que la dimension relationnelle prend une place importante dans les soins³⁵. En effet, « (...) *les maladies mentales sont les maladies des relations humaines. La relation, l'échange avec autrui, sa valeur thérapeutique deviennent ainsi le couronnement de la formation professionnelle de l'infirmière en psychiatrie*³⁶ ». Je peux donc dire que les soins psychiatriques se différencient des soins somatiques.

De plus, selon Paul Bernard³⁷, l'observation clinique est indispensable dans l'exercice de cette spécialité et c'est cette observation qui va orienter les interventions soignantes. Les soins vont donc être adaptés à chaque patient, à son comportement, à ses besoins et à ses capacités d'écoute et de compréhension. En effet, les soins reposent sur une autonomie importante de l'infirmier (entretiens individuels formels et informels, activités thérapeutiques...). La connaissance des pathologies psychiatriques est donc indispensable selon l'auteur. « *L'étude de la pathologie mentale que l'on demande à l'infirmière ne doit avoir pour but que de lui permettre de faire une observation objective et concise du comportement du malade*³⁸ ». Selon moi, il n'est donc pas

³² Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

³³ Circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence

³⁴ Circulaire du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique

³⁵ DUJARDIN, O. *Exercer en psychiatrie : quelles spécificités pour les infirmiers et les infirmières ?* Consulté le 16/03/2018 sur <http://www.actusoins.com/291462/exercer-psychiatrie-specificites-infirmier-infirmiere.html>

³⁶ BERNARD, P. (2011). « Rôle de l'infirmière dans l'action de la santé mentale, sa situation actuelle en France et son évolution probable ». *L'information psychiatrique*, N°2, p. 141-142

³⁷ Ibid. p.141

³⁸ Ibid. p.141

possible de soigner sans comprendre et sans avoir des connaissances et des notions de bases en santé mentale. C'est cette connaissance qui va objectiver notre observation du patient et les actions soignants qui vont être mises en œuvre derrière.

2.3.2 Les difficultés rencontrées

Le rôle de l'infirmier en psychiatrie est malgré tout difficile à établir. En effet selon Merklings, « *il est constitué par des actes plus ou moins formalisés et laisse beaucoup de place à l'initiative et à l'autonomie. Il impose au professionnel de définir les actes de son travail quotidien en comptant principalement sur ses ressources propres, c'est-à-dire, tout compte fait, sur son expérience ou sur l'expérience du groupe dans lequel il est immergé*³⁹ ». Le problème reposerait donc sur une absence d'un rôle infirmier clair et précis pour guider les pratiques individuelles.

En plus de ce constat, l'infirmier en service de psychiatrie est susceptible d'être confronté à des situations difficiles émotionnellement. « *Côtoyer chaque jour des patients en crise submergés par la conflictualité psychique, supporter la connaissance de sombres pronostics, ou simplement être en relation avec quelqu'un qui « souffre », met à mal chaque soignant en le sollicitant dans ce qu'il est, même s'il tente de maintenir une certaine distance*⁴⁰ ». L'engagement relationnel serait donc très important.

Selon Séverine Delieutraz, la chronicité des pathologies psychiatriques peut aussi être difficile pour les soignants. En effet, l'infirmier peut se sentir impuissant, ressentir un sentiment d'échec ou encore d'insatisfaction face au manque d'évolution favorable de certaines pathologies et aux rechutes fréquentes⁴¹. « *Soigner, soulager la souffrance, amener une évolution positive pour le patient : telles sont les missions de l'infirmier lorsqu'il s'engage dans cette voie professionnelle*⁴² ». Selon l'auteure, nos représentations du métier d'infirmier évoluent lorsque nous sommes sur le terrain et notre expérience nous pousse à bousculer notre vision des soins. Dans le cadre de la chronicisation des pathologies psychiatriques, nous sommes confrontés à la réalité du soin, aux impasses. « *Notre envie de bien faire est louable, mais elle est dans un premier temps sans limite. C'est alors la pratique qui vient nous confronter à certains idéaux. Pouvoir les dépasser passe nécessairement par un certain renoncement à vouloir tout maîtriser, qui ouvre de nouvelles perspectives*⁴³ ».

Les différents éléments énumérés ci-dessus permettent de comprendre les enjeux du personnel infirmier dans la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux. Tous ces éléments peuvent être à l'origine de difficultés professionnelles. Il en existe sans doute d'autres mais la difficulté qui m'intéresse le plus est la violence au sein de ces services de psychiatrie. Ainsi, dans la prochaine partie de ce cadre conceptuel, je vais vous présenter la prévention et la gestion de la violence de la part des soignants.

³⁹ MERKLING, J. (2007). *Le métier d'infirmier en santé mentale*. Paris : Seli Arslan. p. 157

⁴⁰ MORASZ, L. PERRIN-NIQUET, A. VEROT, J-P. BARBOT, C. (2004). *L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie*. Paris : Elsevier Masson. p.107

⁴¹ DELIEUTRAZ, S. *Le vécu de l'impuissance chez les soignants : entre pertes et élan retrouvé*. p.148. Consulté le 13/03/2018 sur https://www.cairn.info/load_pdf.php?download=1&ID_ARTICLE=CLINI_004_0146

⁴² Ibid. p.148

⁴³ Ibid. p.161

2.4 LA PRÉVENTION ET LA GESTION DE LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE

La présence de la violence dans les soins peut amener le soignant à avoir des difficultés professionnelles mais aussi personnelles. Ainsi, il me semble nécessaire de connaître les ressources que peut trouver l'infirmier pour prévenir et gérer toutes situations de violence.

2.4.1 Les ressources personnelles

A. La maîtrise de ses émotions

Afin de prévenir et de gérer une situation de violence, il me semble nécessaire d'arriver à une certaine maîtrise de ces émotions. En effet, pour agir efficacement face à une situation à risque de violence, il faut garder une certaine maîtrise de soi. « *L'infirmière doit savoir retenir discrètement ses émotions, ne pas laisser paraître la peur, l'angoisse, le dégoût, la pitié*⁴⁴ ». L'auteure de ces propos, Catherine Mercadier explique ainsi que la maîtrise de ses émotions est une obligation pour le soignant. Cette maîtrise permettrait d'atteindre un niveau professionnel dans la relation thérapeutique avec une certaine neutralité⁴⁵. De plus, dans un rapport bibliographique⁴⁶, le fait de garder son calme aide le patient à gérer ses propres émotions. Au contraire, le fait de montrer une certaine peur favorise le sentiment d'insécurité et d'angoisse chez le patient. Il est donc indispensable de trouver des stratégies pour ne pas se laisser submerger par ses émotions.

Des stratégies d'adaptation peuvent donc apparaître chez l'infirmier pour ne pas se laisser envahir par ses émotions. Il s'agit par exemple des mécanismes de défense qui sont inconscients : « *ils englobe tous les moyens utilisés par le Moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers externes et internes*⁴⁷ ». Ils peuvent donc permettre au soignant de se protéger lors d'une situation angoissante, stressante. Toutefois, ils peuvent mettre en péril la relation avec le patient car les mécanismes ne sont pas toujours bien perçus. Ils peuvent être négatifs pour une relation de soins optimale. Néanmoins, ils peuvent permettre de gérer une situation de crise dans les premiers instants pour éviter une charge émotionnelle importante. En effet, comme dit précédemment, la maîtrise de ses propres émotions peut impacter sur les émotions du patient. Cette notion de mécanisme de défense sera détaillée dans les répercussions de la violence sur la relation avec le patient et sur la qualité des soins.

B. L'expérience

Dernièrement, l'expérience me semble être un point essentiel dans la prévention et la gestion des situations de violence. L'expérience se caractérise, selon le dictionnaire Larousse, par une « *pratique de quelque chose, de quelqu'un, épreuve de quelque chose, dont découlent un savoir, une connaissance, une habitude ; connaissance tirée de cette pratique*⁴⁸ ». Je pense que le fait de vivre une ou plusieurs situations de violence pourraient aider le soignant à en tirer des leçons pour les expériences à venir. C'est cette expérience qui peut rendre l'infirmier compétent dans son travail en se remettant continuellement en question sur ses pratiques soignantes. De plus, l'expérience acquise peut permettre, par exemple, de repérer les signes annonciateurs de la violence par la connaissance des patients et des pathologies mais aussi à mieux appréhender

⁴⁴ MERCADIER, C. (2006). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan. p. 213

⁴⁵ Ibid. p. 213

⁴⁶ DEPAIGNE-LOTH, A. *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie*. p.96. Consulté le 20/03/2018 sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/rapport_biblio_violence_hospi_psy_en_attente.pdf

⁴⁷ FORMARIER, M. JOVIC, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil. p.59

⁴⁸ LAROUSSE. *Dictionnaire de français*. Consulté le 23/03/2018 sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/expérience/32237>

celle-ci. Elle peut aussi aider le soignant à mieux maîtriser ses émotions grâce à une meilleure connaissance de lui-même.

2.4.2 Les ressources du service, de l'équipe

A. Les formations et les réunions

Dans la législation, il existe un élément intéressant dans la prévention et la gestion des situations de violence. Ainsi, avec la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009, un dispositif de formation a été mis en place : le développement professionnel continu (DPC). Il concerne tous les professionnels de santé et est obligatoire. Il a pour but de permettre « *l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques, le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences, la prise en compte des priorités de santé publique*⁴⁹ ». Ainsi, les établissements de santé doivent mettre des formations en place. Ces formations peuvent se présenter sous forme « *d'action cognitive (concernant l'approfondissement des connaissances), action d'analyse des pratiques professionnelles (permettant une réflexion sur la démarche et les caractéristiques de la pratique professionnelle effective du professionnel), gestion des risques (visant à identifier, évaluer et prioriser des risques relatifs aux activités d'un métier ou d'une organisation)*⁵⁰ ».

Lors de mon expérience de stage en psychiatrie, je n'ai pas pu assister à une formation. Toutefois, j'ai pu prendre connaissance que des réunions pluridisciplinaires pouvaient être régulièrement organisées quand les soignants en montraient le besoin face à un ou des situations problématiques dans la prise en charge des patients. Cela pouvait se présenter sous forme de retours d'expérience, de réflexions collectives et d'analyse de pratiques. Cela s'apparente au « *compagnonnage infirmier*⁵¹ » évoqué par Laurent Morasz et les autres auteurs dans l'ouvrage cité. Ces espaces de discussions et de paroles avaient pour but de faire réfléchir les soignants sur l'évènement qui s'était déroulé et de prévenir ainsi un autre évènement similaire. De plus, ces réunions peuvent permettre aux soignants d'établir une certaine cohérence et une cohésion dans les soins. En effet, selon Laurent Morasz, être infirmier en psychiatrie, c'est avant tout travailler en équipe. Il explique ainsi que « *l'appui des compétences soignantes individuelles sur le fonctionnement institutionnel rend cette groupalité incontournable*⁵² ». C'est ainsi que le cadre institutionnel et thérapeutique va pouvoir apparaître comme ressource.

B. Le cadre institutionnel, thérapeutique et la contenance

Selon moi, le cadre peut permettre d'éviter des situations de violence mais aussi dans sa gestion. Selon Coraline Sainte-Rose⁵³, le cadre institutionnel permet l'instauration de règles communes, amenant une certaine cohérence d'équipe. Lorsque celui-ci n'est pas stable, cela peut avoir des répercussions sur la prise en charge des patients. Le cadre devient alors thérapeutique lorsque celui-ci prend en compte un groupe de personnes, ici, l'équipe soignante. Le cadre serait donc « *un ensemble organisé de personnes œuvrant de façon concertée dans un but de soins*⁵⁴ ». Elle

⁴⁹ AGENCE NATIONALE DU DPC. *Le DPC en pratique*. Consulté le 25/03/2018 sur https://www.mondpc.fr/mondpc/le_dpc_en_pratique

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ MORASZ, L. PERRIN-NIQUET, A. VEROT, J-P. BARBOT, C. op.cit. p.209

⁵² MORASZ, L. PERRIN-NIQUET, A. VEROT, J-P. BARBOT, C. op.cit. p.268

⁵³ SAINTE-ROSE, C. *Une enveloppe structurante, le cadre thérapeutique : rôle du cadre thérapeutique en psychomotricité dans le soin groupal en pédopsychiatrie*. p.46. Consulté le 26/03/2018 sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359991/document>

⁵⁴ SAINTE-ROSE, C. Ibid. p. 49

expose le fait que le cadre repose, par les propos de José Bleger, en « *une présence permanente, cohérente, prévisible, fiable, sécurisante*⁵⁵ ». Laurent Morasz, explique que le cadre thérapeutique à une valeur structurante, il « *se caractérise aussi par sa répétitivité et par sa prévisibilité qui permet justement de contenir l'imprévu et l'imprévisible. Sans cadre, l'insécurité ou l'arbitraire prévaut. Sans cadre, la pensée est attaquée au profit d'actes qui ne peuvent faire sens (...). En somme, le cadre est ce qui fonde l'institution comme espace de soin*⁵⁶ ».

Cette notion de cadre nous a été expliquée par un infirmier travaillant en psychiatrie. Dans son cours, il explique que « *l'institution a pour mission de maintenir du sens et de la continuité là où le patient ne vit que rupture et incohérence. Elle a aussi pour rôle de diminuer la souffrance psychique des personnes accueillies et d'apporter un cadre aux personnes y travaillant en contenant leurs émotions, afin que les soignants puissent eux-mêmes contenir les émotions des patients*⁵⁷ ». Par les éléments apportés par cet infirmier, le cadre permettrait non seulement de protéger les patients mais aussi de protéger les soignants.

Enfin, dans son cours, cet infirmier expose le projet thérapeutique individuel du patient. Ainsi, différents points apparaissent comme relevant du cadre thérapeutique. La notion de contenance y étant prépondérante :

- La contenance : actions et organisations visant à contenir le psychisme morcelé et dissocié du patient (les règles, les limites temporo-spatiales, l'ordre nécessaire, la contention...). Elle repose principalement sur les médicaments.
- L'espace : lieux de l'institution devant avoir une fonction précise et différente, visant à rassurer, sécuriser et avoir un effet contenant sur le patient. L'espace fait partie du cadre institutionnel.
- La permanence : présence continue des soignants dans l'institution permettant la contenance.
- La suppléance : actions permettant de pallier aux symptômes déficitaires liés à la pathologie mentale (exemple : soins d'hygiène).
- L'incitation : sollicitations effectuées par les soignants pour une production active du patient.
- La continuité : préserver l'insertion sociale et familiale des patients, permettre l'ouverture vers l'extérieur afin d'éviter l'exclusion.
- La cohérence : cohérence des propos, des actions des soignants envers chaque patient par exemple, pour ne pas le perturber.

Je pense que la contenance en psychiatrie, lorsqu'un patient souffre psychiquement, permet de rendre supportable les tensions internes de celui-ci. Je pense donc que celle-ci favoriserait la non émergence des situations de violence susceptibles d'apparaître lors de ces tensions. En effet, cette accumulation peut faire « déborder » psychiquement le patient et l'amener à un comportement violent envers lui-même, envers les autres patients ou le personnel soignant.

C. L'aménagement de l'environnement

L'environnement me semble être un point intéressant dans l'apparition de la violence en psychiatrie. En effet, les différents espaces du service de soins doivent avoir une fonction précise comme dit précédemment afin de contenir le patient et favoriser la sécurité. Toutefois, d'autres éléments de l'environnement peuvent intervenir dans la prévention et la gestion de la violence. Il s'agit par exemple des moyens apportés dans certains établissements pour éviter l'entrée de substances toxiques, vectrices de comportements violents comme vu dans les facteurs influençant la violence. Ainsi, un établissement dans lequel j'ai pu effectuer un stage a mis en place des

⁵⁵ SAINTE-ROSE, C. Ibid. p.46

⁵⁶ MORASZ, L. PERRIN-NIQUET, A. VEROT, J-P. BARBOT, C. op.cit. p.260

⁵⁷ LE FLEM, X. (2016, avril). Le sens du soin en psychiatrie. Compétence 4, unité d'enseignement 2.6, semestre 2.

grillages pour pallier au trafic de stupéfiants au sein des services de psychiatrie, limitant les allers et venues extérieurs et la circulation de substances. De ce fait, il est possible d'adapter les lieux en prévention de la violence. Il peut s'agir aussi de diminuer les perceptions sensorielles du patient avec le bruit ou encore la lumière pouvant l'agresser. Ainsi, l'organisation du travail, le fonctionnement du service peut aussi être adapté. Certains patients peuvent dîner avant les autres pour éviter, justement, cette surcharge sensorielle. Toutes ces actions permettent d'éviter toutes situations de crise, de violence et d'agressivité. La chambre d'isolement thérapeutique est aussi un aménagement de l'environnement permettant au patient ayant besoin d'être contenu, canalisé, maîtrisé psychologiquement de se sentir sécurisé, dans un espace dédié. Ce point sera abordé dans les ressources thérapeutiques et médicales.

2.4.3 Les ressources thérapeutiques et médicales

A. La relation thérapeutique

La mise en place d'une relation thérapeutique semble être, selon Amélie Perron⁵⁸, un outil indispensable pour détecter les signes annonciateurs de la violence et ainsi pouvoir la désamorcer. C'est aussi cette relation qui va permettre d'instaurer un climat de confiance, d'inciter le patient à s'exprimer sur ses sentiments et réflexions. Ainsi, cette auteure démontre qu'il faut que cette relation soit authentique⁵⁹. Dans son article, l'échange semble être bénéfique pour prévenir la violence mais aussi à sa suite⁶⁰. Selon moi, l'infirmier doit agir en prévention de cette violence en se montrant présent pour le patient mais cette présence et cette relation peut aussi être mise à profit lors d'une situation de violence et après celle-ci. Ces échanges pourraient permettre de faire réfléchir le patient sur son agissement mais aussi de consolider cette relation thérapeutique. Ainsi, je pense qu'une bonne connaissance du patient serait un atout très important dans l'anticipation d'épisodes de violence. Les temps d'entretiens formels et informels (médecins, infirmiers) sont donc des outils intéressants dans la pratique soignante en psychiatrie pour permettre un certain apaisement du patient quand cela est possible.

B. La médication

La médication, par ailleurs, me semble être un moyen pour éviter la violence ou pour la gérer. Lors de mes deux stages en psychiatrie, les patients risquant d'être violents ou au contraire étant violents pouvaient bénéficier de traitements pharmacologiques afin de les aider à se détendre, à se calmer. Cet outil de soin permet aussi de soulager la personne soignée, de réduire rapidement l'agitation et de sécuriser le patient et les personnes l'entourant. La médication, comme vu précédemment, fait partie de la contenance. Ainsi, le traitement médicamenteux est ajusté au regard du comportement du patient et de risque de passage à l'acte. De plus, la bonne observance du traitement me semble essentielle pour la prévention et la gestion des actes de violence. Il est donc important que le patient connaisse son traitement.

C. Les mesures restrictives

Lorsque le soin relationnel ou lorsque la médication ne suffit pas, des mesures restrictives peuvent être envisagées. En effet, lors de mon expérience de stage, l'utilisation de la contention physique mais aussi de la chambre d'isolement thérapeutique étaient utilisées pour désamorcer des situations à risque de violence ou lorsque la violence avait lieu. Ce « *sont des pratiques d'ultime recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le*

⁵⁸ PERRON, A et al. op.cit. p.54

⁵⁹ PERRON, A et al. op.cit. p.54

⁶⁰ PERRON, A et al. op.cit. p.55

*patient ou autrui, et pour une durée limitée*⁶¹ ». Il est aussi important d'expliquer au patient cette utilisation dans le but « *d'éviter autant que possible que le patient ait un vécu punitif de l'épisode*⁶² ». Le recours à une équipe de renfort était aussi utilisé lors de mes stages pour faciliter les soins immédiats auprès du patient rentrant en chambre d'isolement thérapeutique par le biais d'une sonnerie téléphonique sur tous les téléphones du service (bouton d'urgence). La gestion de l'épisode de violence, nécessitant la mise en chambre d'isolement thérapeutique, était ainsi prise en main le plus tôt possible.

La prévention et la prise en charge de la violence permet de diminuer jusque 68% la fréquence des situations de violence et jusque 45% l'utilisation de mesures de restriction de liberté.⁶³

Dans la dernière partie de ce cadre conceptuel, je vais détailler les répercussions que peut avoir la violence. En effet, la présence de la violence au sein de ces services participe à l'apparition de symptômes, comportements, attitudes pouvant affecter les compétences soignantes dans la réalisation d'une relation d'aide auprès du patient. Ces répercussions peuvent être multiples, je pense en particulier aux répercussions sur le soignant, sur l'accompagnement du patient et enfin sur l'équipe et sur l'environnement du travail.

2.5 LES RÉPERCUSSIONS DE LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE

2.5.1 Les répercussions sur le soignant

A. La charge émotionnelle

Une charge, selon le dictionnaire Larousse s'apparente à un « *fardeau, poids, porté ou transporté par un animal, quelqu'un, un véhicule (...) ce qui pèse sur quelqu'un*⁶⁴ ». Une émotion, elle, est définie comme « *une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable*⁶⁵ ». Ainsi, la charge émotionnelle est donc un état affectif pénible pour la personne puisqu'elle pèse sur celle-ci.

Dans le dictionnaire des risques psychosociaux, la charge émotionnelle au travail se définit comme « *le fardeau, le poids des états subjectifs intenses que vit une personne étant donné ses rôles au travail, ses missions, les choses ou les personnes dont elle a la responsabilité au travail*⁶⁶ ». La charge émotionnelle serait donc néfaste pour les travailleurs. Il existerait deux types de charge émotionnelle⁶⁷ selon Catherine Hellemans :

- La charge émotionnelle globale : ce sont les réactions émotionnelles liées aux conditions de travail qu'elles soient relationnelles, matérielles ou encore professionnelles et perçues comme non idéales, voire fortement désagréables. Elle renvoie un stress au travail mais aussi à la régulation émotionnelle qui s'instaure pour gérer la discordance émotionnelle rentrant en conflits entre les valeurs personnelles et les normes organisationnelles.
- La charge émotionnelle spécifique : qui suppose que le travail impose des émotions notamment lorsque le travailleur est confronté aux émotions des autres et qu'il faut utiliser ses

⁶¹ HAS. op.cit. p.7

⁶² HAS. op.cit. p.6

⁶³ HAS. op.cit. p.7

⁶⁴ LAROUSSE. *Dictionnaire de français*. Consulté le 12/03/2018 sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/charge/14743>

⁶⁵ SILLAMY, N. *Dictionnaire de psychologie*. Consulté le 13/03/2018 sur https://www.researchgate.net/profile/Lydia_Fernandez/publication/236851463_Emotion/links/0deec51967f42563b600000/Emotion.pdf

⁶⁶ HELLEMANS, C. *Dictionnaire des risques psychosociaux*. p.90. Consulté le 10/03/2018 sur http://www.academia.edu/22800287/Charge_émotionnelle_Dictionnaire_des_risques_psychosociaux

⁶⁷ Ibid. p.90

propres émotions pour travailler de façon ciblée. Celle-ci a été étudiée dans les professions de contact où il y a une implication émotionnelle importante (professions de soins notamment).

La grande difficulté de la charge émotionnelle est sa mesure selon Catherine Hellemans. En effet, « (...) la charge émotionnelle acceptable pour une personne dépendra de nombreux paramètres individuels tels que la capacité, d'absorption, la résistance émotionnelle, mais surtout les attentes des individus en fonction du métier qu'ils exercent, la cohérence qu'ils ressent subjectivement entre l'image qu'ils se font de leurs rôles et fonctions au sein de leur métier et ce qu'ils y vivent réellement⁶⁸ ». Selon elle, des indicateurs⁶⁹ peuvent être tout de même utilisés pour jauger cette charge émotionnelle vis-à-vis des différents métiers : la présence de la confrontation à la mort, à la souffrance physique ou psychique, la présence d'une responsabilité des vies humaines, la prise de décisions avec des enjeux importants, la confrontation à des dangers ou situations dangereuses ou encore le fait d'être face à des comportements physiques ou verbaux agressifs... L'infirmier rentre, selon moi, dans cette définition et dans les indicateurs énoncés précédemment.

Selon moi, la récurrence des situations de violence au sein des services de psychiatrie peut engendrer un certain nombre d'émotions différentes, le plus souvent néfastes pour le personnel soignant s'il n'arrive pas à gérer ces situations. La mauvaise gestion de ces situations peut donc faire naître une charge émotionnelle importante dont le soignant ne va pas réussir à se défaire. C'est, sans doute, l'expression de son ressenti émotionnel qui va permettre au soignant de se sentir mieux dans son travail. Sa gestion est indispensable pour éviter l'épuisement émotionnel.

B. Le stress

Selon Patrick Legeron, la violence peut être un facteur de stress au travail. L'acte de violence et sa fréquence répétée ainsi que sa gravité peut faire apparaître chez les soignants un sentiment d'insécurité au travail, de peur⁷⁰. Ainsi, c'est « ce sentiment d'insécurité, le fait de travailler la peur au ventre qui affecte de plus en plus les personnes. Cette angoisse les fait vivre dans un état de stress permanent⁷¹ ».

Selon Alexandre Manoukian, les personnes peuvent résister et s'adapter à ce stress mais ce stress peut finir par ne plus être acceptable pour la personne qui est en train de le vivre. Les ressources de la personne sont épuisées et elle ne peut plus faire face⁷². Le stress serait donc « une relation particulière entre la personne et son environnement qui est évaluée par la personne comme éreintante ou excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être⁷³ ». Il explique que c'est par la chronicisation de ce stress que va apparaître l'épuisement professionnel et la souffrance du soignant.

Selon Dominique Chouanière⁷⁴, l'épuisement professionnel fait partie des risques psychosociaux dont les facteurs de risques sont les suivants : « intensité et charge de travail, exigences émotionnelles, manque d'autonomie dans le travail, altération des rapports sociaux, conflit de valeur et insécurité dans la situation de travail⁷⁵ ». Ces éléments, selon moi, retracent les difficultés des infirmiers dans le travail en psychiatrie hormis le manque d'autonomie au travail qui, comme

⁶⁸ Ibid. p.91

⁶⁹ Ibid. p.91

⁷⁰ LEGERON, P. (2001). *Le stress au travail*. Paris : Odile Jacob. p.112

⁷¹ Ibid. p.112

⁷² MANOUKIAN, A. (2009). *La souffrance au travail : les soignants face au burn-out*. Rueil-Malmaison : Lamarre. p.3

⁷³ Ibid. p.3

⁷⁴ CHOUANIÈRE, D. (2015, avril). « Risques psychosociaux et souffrance au travail ». *EMC pathologie professionnelle et de l'environnement*, N°2, p.1

⁷⁵ Ibid. p.1

j'ai pu le démontrer dans une partie précédente, est importante. Ces risques psychosociaux seraient donc induits, selon l'auteur, par la présence de stress et de violences internes et externes.

C. L'épuisement professionnel

Selon Alexandre Manoukian, l'épuisement professionnel apparaît quand les ressources internes de la personne sont trop sollicitées par rapport à ses attentes et à son environnement de travail⁷⁶. En effet, il se définit comme « *une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens (...) le burnout se caractérise par la notion de syndrome, la fatigue ou l'épuisement émotionnel, la notion de dépersonnalisation, la diminution de l'accomplissement personnel*⁷⁷ ». Cette définition montre que ce syndrome est la conséquence d'un engagement très intense de la part du soignant face aux exigences émotionnelles et de son implication au long terme. L'épuisement professionnel se distinguerait en trois dimensions selon Christina Maslach⁷⁸ :

- Épuisement émotionnel : avoir le sentiment d'être totalement vidé de ses ressources entraînant une fatigue extrême, celle-ci devient ensuite chronique
- Le cynisme vis-à-vis du travail : l'individu devient négatif, il a une attitude de détachement envers son travail et envers les personnes l'entourant. Il va ensuite se désengager de son métier et mettre de la distance. Cette personne va donc s'auto-préserver des autres. Ce cynisme s'apparenterait presque à une stratégie d'adaptation de la part de cette personne.
- La diminution de l'accomplissement personnel au travail : celle-ci entraîne une dévalorisation de soi avec un sentiment d'inefficacité, de ne pas être à la hauteur du poste. La personne, malgré ses efforts, se retrouve dans une impasse.

« *Le syndrome d'épuisement professionnel se traduit donc à la fois par une érosion de l'engagement (en réaction à l'épuisement), une érosion des sentiments (à mesure que le cynisme s'installe) et une érosion de l'adéquation entre le poste et le travailleur (vécue comme une crise personnelle)*⁷⁹ ». La personne peut ainsi se retrouver dans l'incapacité d'effectuer son travail.

La récurrence de la violence, et la présence ensuite d'un syndrome d'épuisement professionnel peuvent donc par la suite avoir des conséquences possibles sur l'accomplissement professionnel. En effet, ils seraient « *une perte progressive de l'idéal, de l'énergie, de la volonté, vécue par des personnes dans les métiers d'aide*⁸⁰ ».

D. L'accomplissement professionnel

Selon Aline Mauranges, la violence dans les soins peut avoir des répercussions sur l'accomplissement professionnel. En effet, le soignant face aux situations de violence peut se sentir démuné, avoir le sentiment de ne pas accomplir son travail correctement et ainsi rejeter la faute sur lui. L'infirmier peut donc se remettre en cause dans son travail et dans ses soins. Ainsi, le soignant est donc susceptible de remettre en question ses valeurs, ses rôles dans les soins au risque d'entraîner une diminution de l'image et de l'estime qu'il a pour son métier et sur lui-même⁸¹. De plus, l'épuisement professionnel induite par la violence entraîne aussi ses difficultés. En effet, « //

⁷⁶ MANOUKIAN, A. op.cit. p.10

⁷⁷ MANOUKIAN, A. op.cit. p.10

⁷⁸ DGT, ANACT, INRS. *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, mieux comprendre pour mieux agir*. p.8-9. Consulté le 13/03/2018 sur http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf

⁷⁹ Ibid. p. 9

⁸⁰ MANOUKIAN, A. op.cit. p.11

⁸¹ MAURANGES, A. op.cit. p.141-142

a le sentiment de ne plus savoir aider les autres. Il se sent frustré dans son travail et craint même de perdre sa qualité professionnelle, ce qui s'accompagne d'un doute de soi et d'un sentiment d'échec dévalorisant, d'une culpabilité (...). Il se dévalorise de plus en plus⁸² ». La violence peut donc engendrer un mal-être important de l'infirmier avec une perturbation possible de son travail et des soins infirmiers.

2.5.2 Les répercussions sur la relation avec le patient et la qualité des soins

Lorsqu'un infirmier fait face aux répercussions de la violence, celui-ci peut avoir des difficultés de prise en charge auprès des patients et ainsi sur la qualité des soins prodigués. Selon le conseil international des infirmiers, « *La violence est extrêmement destructrice et a un impact négatif non seulement sur la vie professionnelle et personnelle des infirmières mais aussi sur la qualité des soins fournis*⁸³ ». Ainsi, un lieu de travail non sécuritaire pour les infirmiers semble contraire à la mise en œuvre de bonnes pratiques.

Selon Pierre Canouï et Aline Mauranges, la confrontation à la violence et au stress peut faire apparaître chez le soignant une attitude de défense pour se protéger d'un environnement menaçant. L'infirmier est susceptible d'adopter des stratégies individuelles pouvant engager une mauvaise prise en charge du patient à l'origine de cette violence mais aussi avec les autres patients⁸⁴. Ces stratégies peuvent se manifester par de « *l'évitement, le repli sur soi, l'isolement, le retrait psychologique et par des attitudes de résignation (...) Par la fuite ou le retrait, le soignant tente de se dégager d'un environnement vécu comme dangereux pour lui et limite les contacts au minimum requis dans l'exercice de sa profession*⁸⁵ ». Selon eux, en adoptant cette stratégie défensive, l'infirmier ne montrera plus la même bienveillance vis-à-vis du patient et évitera de répondre aux sollicitations de celui-ci. Il sera plutôt dans une distance trop excessive et non dans une juste distance. Cette stratégie s'apparente au coping (« faire face ») : le coping regroupe un certain nombre de stratégies passives et actives pour répondre à des situations difficiles⁸⁶. « *Elles cherchent à déplacer ou à contourner les difficultés rencontrées au travail dès que la souffrance devient trop présente*⁸⁷ ». Cette notion se rapproche des mécanismes de défense.

La qualité des soins apportées aux patients violents peut être perturbée par la mise en place de mécanismes de défense. Selon Monique Formarier, en cherchant à gérer ses propres émotions lors d'une situation de violence ou à sa suite, l'infirmier est susceptible d'être moins empathique avec le patient auteur de violence⁸⁸. L'utilisation excessive de ces mécanismes me semble donc néfastes pour la relation soignante-soigné. En effet, ils « *constituent l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Ils prennent souvent une allure compulsive et opèrent au moins partiellement de façon inconsciente*⁸⁹ ». Au moment où ils sont utilisés, ils seraient utiles pour les soignants pour diminuer la tension émotionnelle : l'évitement, la fuite, la

⁸² MAURANGES, A. op.cit. p.142

⁸³ CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERS. *Directives : comment affronter la violence au travail*. p. 26-27. Consulté le 21/03/2018 sur http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_violence_fr.pdf

⁸⁴ CANOÛI, P. MAURANGES, A. (2008). *Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. p. 96

⁸⁵ Ibid. p.96

⁸⁶ Ibid. p.95

⁸⁷ Ibid. p.95

⁸⁸ FORMARIER, M. JOVIC, L. op.cit. p.59

⁸⁹ FORMARIER, M. JOVIC, L. op.cit. p.59

minimisation, la prise de distance, l'auto-accusation...⁹⁰ En prenant l'exemple de l'évitement, il ne me semble pas propice à la mise en place d'une relation entre le soignant et le soigné alors même que la relation est la base de tout soin. Le patient peut ainsi perdre le réconfort qu'il pourrait rechercher auprès du soignant. Il peut avoir le sentiment que sa souffrance, se manifestant par de la violence, n'est pas reconnue.

Selon moi, l'infirmier, dans son rôle d'aidant, doit garder en tête que la violence du patient n'est pas forcément dirigée vers lui en tant que personne. L'infirmier doit donc essayer de garder une posture professionnelle la plus juste possible pour ne pas altérer les soins prodigués aux patients violents. Ils peuvent être violents mais cela peut être la manifestation d'une souffrance profonde.

Hormis les répercussions sur le soignant et sur l'accompagnement du patient, la violence peut avoir des répercussions sur l'équipe et sur l'environnement du travail.

2.5.3 Les répercussions sur l'équipe et sur l'environnement du travail

Je pense que la violence peut avoir un certain impact, négatif mais aussi positif sur l'équipe et l'environnement du travail. En effet, par mon expérience en stage, j'ai pu constater une certaine entraide, une solidarité et un renforcement de la cohésion d'équipe face à plusieurs situations de violence verbale et physique.

De plus, quand l'équipe revient sur l'évènement qui s'est produit, elle peut réajuster ses actions auprès du patient pour que cela ne se reproduise plus. Cela suscite donc un questionnement de la part des soignants sur leurs pratiques pour ainsi les améliorer continuellement. Tout cela peut amener une cohérence et une cohésion d'équipe pour que les patients puissent se repérer et avoir un cadre fixe. Enfin, la violence peut avoir un impact négatif. En effet, la violence peut engendrer par exemple un certain absentéisme de la part des soignants, n'arrivant plus à faire face à ces situations. Ainsi, ils ne veulent plus être confrontés à des situations similaires. De plus, les arrêts de travail induits par les situations de violence peuvent entraîner cet absentéisme.

Pour appuyer mes propos, qui relèvent de mes expériences de stages, j'ai voulu rechercher des éléments théoriques. Toutefois, je n'ai pas réussi à en trouver pour confirmer ma réflexion. J'espère, par le biais de mon cadre empirique et avec mes entretiens, avoir des éléments pouvant affirmer, compléter ou infirmer mes propos quant aux répercussions sur l'équipe et sur l'environnement du travail.

⁹⁰ FORMARIER, M. JOVIC. L. op.cit. p.59

3 LE CADRE EMPIRIQUE

3.1 LA MÉTHODOLOGIE

Pour concevoir mon cadre empirique, j'ai tout d'abord conçu une grille et un guide d'entretien avec l'aide de mon cadre conceptuel pour déterminer différents axes de recherche. Ensuite, j'ai utilisé la technique de l'entonnoir qui consiste à parler d'un sujet (axe) en général pour le restreindre et arriver à un thème, puis un sous-thème. Après avoir délimité ces différents éléments, j'ai déterminé des objectifs pour formuler mes questions lors des entretiens. Pour formuler ces questions, j'ai utilisé un outil de recueil de données qualitatives, l'entretien semi-directif⁹¹. Il permet, en effet, de guider et de faire parler son interlocuteur grâce à des thèmes et des questions prévues et organisées à l'avance. Il vise la connaissance des représentations des professionnels concernés par l'objet de recherche mais aussi la connaissance des pratiques des professionnels, de leur expérience à partir de leur discours. Il permet d'interviewer la personne de manière ouverte et de pouvoir rajouter des questions au moment de l'entretien, si besoin.

Après avoir terminé ces deux supports, j'ai pu contacter différents services de psychiatrie adulte, aigu et chronique afin d'effectuer trois entretiens. En effet, j'ai trouvé intéressant de faire des entretiens dans des services aigus et chroniques puisque l'approche de la violence me semblait différente, que ce soit dans la prise en charge de celle-ci ou par sa récurrence. Lors de mes demandes, je suis restée large sur le thème de mon MIRS pour ne pas influencer les réponses des soignants. J'ai, de ce fait, effectué non pas trois mais quatre entretiens dans quatre services différents. Ces entretiens se sont déroulés dans les services de soins de chaque infirmier, dans un espace fermé, propice au calme et à la réflexion. Ils ont été enregistrés avec leur accord préalable et dans le respect de l'anonymat. Lors de l'élaboration de mon cadre empirique, j'ai décidé de n'en analyser que trois. En effet, j'ai choisi les entretiens où le contenu était le plus riche.

Ce cadre empirique se présente en une analyse des entretiens exploratoires en traitant les données recueillies grâce à un tableau d'analyse horizontale. Ce tableau confronte les données des trois entretiens pour en faire ressortir des informations importantes, regroupées en axes, thèmes et sous-thèmes.

3.2 L'ANALYSE DES ENTRETIENS EXPLORATOIRES

Tableau récapitulatif du parcours professionnel des trois infirmières interviewées :

Infirmières	Diplômes	Lieux d'exercices
Infirmière A	Juillet 2015	<ul style="list-style-type: none">• Psychiatrie chronique et aiguë
Infirmière B	Juillet 2009	<ul style="list-style-type: none">• Psychiatrie chronique et aiguë• Urgences psychiatriques, CMP
Infirmière C	Depuis plus de 20 ans	<ul style="list-style-type: none">• Médecine interne à l'étranger• Psychiatrie depuis dix-huit ans : chronique et aiguë, urgences psychiatriques, CMP, CATT

Lors de l'analyse de ces entretiens, j'ai pu dégager trois grands axes par rapport aux témoignages des infirmières : la violence des patients en psychiatrie, la prévention et la gestion de cette violence et enfin les répercussions de celle-ci.

⁹¹ QUEMERE-THOMASSIN, C. (2018, janvier). Rappel méthodologique : les outils d'enquêtes. Compétence 8, unité d'enseignement 3.4, semestre 6.

3.2.1 L'axe n°1 : la violence des patients en psychiatrie

Dans ce premier axe, le thème qui en ressort sont les perceptions de la violence selon les soignants. Ainsi, plusieurs sous-thèmes en découlent : les définitions de la violence, la récurrence ou non de celle-ci mais aussi ses facteurs favorisants.

A. Les définitions de la violence

Les infirmières A et B distinguent deux formes de violence, la violence verbale mais aussi physique : « *violence verbale euh donc euh menaces, insultes* », « *violence physique* » (L25, 16 de l'entretien n°2). L'infirmière C, quant à elle, utilise un vocabulaire différent : il y aurait, selon elle, l'agressivité verbale et l'agression sur le personnel. Celle-ci rejoint donc les deux premières infirmières quant à la présence de deux grandes formes de violence, l'aspect verbale et physique. Toutefois, cette infirmière distingue en plus de cela l'auto agressivité comme étant une forme de violence : « *par des agressions euh sur le personnel (...), sur les autres patients donc de l'agressivité de l'hétéroagressivité euh de l'auto agressivité aussi* » (L16-18 de l'entretien n°3). Enfin, les infirmières A et C estiment qu'il y a une distinction entre les patients conscients de leurs actes (coups volontaires) et ceux qui n'en ont pas conscience lors d'une phase aiguë, de crise par exemple (coups involontaires) : « *il y a les patients qui vont le faire exprès (...) donc c'est des coups volontaires (...) et après il y a le patient en crise qui ne va même pas s'en rendre compte* » (L74-77 de l'entretien n°1), « *des personnes qui d'une façon pff presque gratuites étaient violentes (...) c'était plutôt de la provocation en fait c'était une recherche* » (L110-113 de l'entretien n°3). L'infirmière B ne parle pas de cet aspect-là.

B. La récurrence ou non de la violence

En ce qui concerne la récurrence des situations de violence, les infirmières A et B estiment que la violence verbale est quotidienne tandis que la violence physique ne serait pas présente tous les jours : « *physiquement euh, je dirais parfois quand même, pas rarement parce que ça arrive quand même peut-être une fois par trimestre* » (L26-27 de l'entretien n°2). L'infirmière A nuance ses propos, cela dépendrait de la population, des moments mais aussi du service : « *ici en service aigu on est plus confronté à la violence qu'en service de psychiatrie chronique* » (L90-91 de l'entretien n°1). L'infirmière C, elle, trouve que la violence est parfois quotidienne, qu'elle est récurrente dans tous les cas et qu'elle est plus présente qu'avant : « *je trouve qu'aujourd'hui il y a plus de violence c'est vrai* » (L90 de l'entretien n°3). Elle ne sépare pas la violence verbale et physique comme les deux autres infirmières pour déterminer la récurrence de la violence.

C. Les facteurs favorisants la violence

D'après l'infirmière A, la violence peut être liée à des décompensations, à des frustrations ou à certaines situations de soins susceptibles de favoriser, de faire vivre des situations de violence physique aux soignants : « *quand on accompagne les gens en isolement (...) c'est vrai euh que là oui j'ai été confrontée à la violence physique* » (L66-67 de l'entretien n°1). L'infirmière B va dans ce sens en donnant plusieurs exemples de situations de violence lors de soins : en décontenonnant un patient par exemple, lors de soins en chambre d'isolement tout en disant qu'il s'agissait d'un contexte délirant ou du fait d'une pathologie comme l'autisme. De plus, pour elle, l'attente peut aussi engendrer de la violence. Part ces premiers éléments, je peux en conclure que la pathologie du patient, la frustration induite par de l'attente par exemple et certaines situations de soins favoriseraient l'apparition de la violence mais aussi pour les soignants, d'être confrontés à celle-ci. De plus, le fait de ne pas être rassurant pour le patient, selon l'infirmière B, entraînerait

une certaine angoisse, de la violence : « *quand ils sentent que le soignant en face n'a pas d'assurance, on est pas rassurant pour eux, bin ça peut engendrer, faut qu'ils expriment leurs angoisses d'une autre façon* » (L43-45 de l'entretien n°2). Enfin, cette infirmière, dit « *on va réussir à évaluer un peu euh voilà est-ce que là il y a un potentiel de risque de violence chez ce patient* » (L68-69 de l'entretien n°2) tandis que l'infirmière C dit qu'il n'y a pas toujours de signes avant-coureurs lorsque la violence apparaît de manière gratuite par exemple. En confrontant ces deux propos, nous pouvons nous demander s'il est toujours évident de déceler des signes avant-coureurs, des facteurs favorisants interpellant les soignants quant au risque potentiel de violence. Pour conclure, les infirmières B et C parlent des conditions de travail de manière générale comme pouvant favoriser la violence : « *je l'ai pas senti comme pff (...) une violence normale en psychiatrie, (...) je pense que c'est plus lié à une défaillance d'un système de soins, voilà, sans doute locale, je dirais même générale, nationale* » (L147-150 de l'entretien n°3). Cette notion de conditions de travail sera exploitée dans la dernière partie de cette analyse.

3.2.2 L'axe n°2 : la prévention et la gestion de la violence en psychiatrie

Dans ce deuxième axe, le thème mis en évidence par les infirmières est les moyens et les ressources mis à disposition des soignants pour prévenir et gérer la violence. Ainsi, plusieurs sous-thèmes s'en dégagent : les ressources personnelles, les ressources du service et de l'équipe et les ressources thérapeutiques et médicales.

A. Les ressources personnelles

Pour les trois infirmières, l'expérience semble être une ressource. Pour l'infirmière A, celle-ci permettrait de mieux gérer la violence, de s'en protéger et de prendre plus de recul : « *avec euh bah le travail hein et avec l'expérience on apprend à se protéger* » (L99-100 de l'entretien n°1). L'infirmière B estime même que la violence peut être favorisée par certaines erreurs induites par le fait de débiter comme soignant : « *quand on débute c'est vrai qu'il y a plutôt des situations comme ça* » (L43 de l'entretien n°2). Selon cette même infirmière, l'expérience permettrait ainsi d'évaluer le risque de passage à l'acte : « *avec l'expérience on va (...) réussir à évaluer un peu* » et « *il va y avoir beaucoup d'observation, en amont* » (L67-68, 69 de l'entretien n°2). L'observation et l'attention seraient aussi indispensables pour cette dernière mais aussi pour les infirmières A et C. Effectivement, l'infirmière C dit que cette expérience lui permet aussi de détecter ou non la violence : « *avec l'expérience, je je sais quand ça va, quand ça va clasher, ça on sent* » (L104-105 de l'entretien n°3). L'infirmière A dit aussi qu' « *il faut faire attention* » (L32-33 de l'entretien n°1) car une situation peut dégénérer rapidement.

L'infirmière A exprime la nécessité d'être apaisée face à la violence : « *quand on y fait face bah faut ne pas répondre par la violence donc on apprend aussi des techniques d'apaisement* » (L101-103 de l'entretien n°1). Enfin, l'infirmière C éprouve la nécessité de parler de ce qu'elle peut vivre dans le cadre de son travail : « *c'est vrai que je me décharge sur mon mari certainement donc euh euh moi j'ai la chance de pouvoir en parler à mon mari, peut-être que tout le monde n'a pas cette chance-là* » (L121-123 de l'entretien n°3). Ainsi, ces deux infirmières montrent l'importance d'une certaine gestion des émotions par le biais de techniques particulières et par le dialogue avec des proches. Dans la prochaine partie, nous pourrions voir que le dialogue avec l'équipe, selon les infirmières est tout aussi important pour gérer ses émotions, ses ressentis face à la violence.

B. Les ressources du service et de l'équipe

Les trois infirmières sont unanimes pour dire qu'un travail d'équipe est indispensable lors de situations potentielles de risque de violence ou de violence. Ce travail d'équipe passerait par le fait d'aller voir le patient à plusieurs lorsque cela semble nécessaire selon ces trois infirmières : « *si vraiment on sent qu'il y a un risque de passage à l'acte imminent on y va a plusieurs* » (L84-85 de l'entretien n°2). Il semble aussi important, pour l'infirmière B, de prévenir l'équipe lorsqu'un patient semble tendu. Pour les infirmières A et C, la gestion d'une situation de violence passerait par le fait même d'être au sein d'une équipe : « *la violence (...) on arrive à la gérer mieux parce qu'on est très entouré* » (L93 de l'entretien n°1), « *actuellement, je n'ai pas peur dans les cas de violence parce que je sais que je peux compter sur une équipe* » (L102-103 de l'entretien n°3). Les infirmières A et B estiment que le fait de débriefer, d'échanger est nécessaire, qu'il ne faut pas garder son ressenti pour soi. Ainsi, l'infirmière A montre un certain intérêt à échanger pour que la violence ne soit pas une fatalité ou bien pour transmettre des astuces concernant les soins : « *débriefer bah que ce soit avec les médecins, l'équipe (...) ça permet aussi de la vivre un peu mieux et de pas prendre ça comme une fatalité* » (L108-110 de l'entretien n°1). L'infirmière B dit aussi : « *c'est important après de pouvoir en reparler a entre nous (...) pour pas qu'il y ait une peur qui grandisse* » (L129-130 de l'entretien n°2). Elle explique aussi que le dialogue permettrait d'évacuer, d'évaporer ce qui est ressenti et de ne pas se sentir seul. L'infirmière C ne parle pas de ces échanges au sein de l'équipe.

Émerge du discours des trois infirmières, une autre ressource : apaiser le patient que ce soit par des techniques d'apaisement mais aussi grâce à un environnement sécurisant. Dans un premier temps, l'infirmière A parle d'avoir une technique un peu plus douce : « *le toucher corporel (...) ça peut aussi apaiser une crise* » (L156-157 de l'entretien n°1). L'infirmière B évoque, quant à elle, des techniques de relaxation, de respiration pour certains patients. Les trois infirmières semblent aussi montrer un certain bénéfice de l'environnement pour apaiser un patient : « *aller faire un tour dans le parc, on va essayer d'apaiser* » (L150-151 de l'entretien n°1). Les infirmières B et C parlent plutôt d'isoler le patient dans un endroit calme : « *on essaye de contenir la personne de de l'accompagner dans sa chambre (...) qu'elle s'apaise* » (L64-65 de l'entretien n°3). Certaines installations du service existent également pour ces deux infirmières : « *on a une salle de sport là avec un punchingball* » (L110 de l'entretien n°2), « *ici on a la chambre d'apaisement-là qui vient de se faire* » (L75-76 de l'entretien n°3). Ces installations peuvent ainsi permettre au patient d'évacuer des tensions internes et de se concentrer sur autre chose par exemple. L'infirmière B estime toutefois qu'un cadre doit s'imposer pour certaines violences : « *les patients où on sent (...) que c'est plus (...) une frustration (...) on essaie d'être d'avantage cadrant* » (L164-166 de l'entretien n°2). En dernier recours, le service de sécurité peut être appelé selon l'infirmière A : « *en renfort dans le service (...) quand on arrive plus à gérer* » (L168-170 de l'entretien n°1).

L'infirmière A insiste à plusieurs reprises sur les formations, qu'elles relèvent de self défense par exemple ou pour apaiser le patient grâce au toucher massage : « *on apprend des techniques par des formations à se prévenir de la violence* » (L94 de l'entretien n°1). Les deux autres infirmières n'évoquent pas ce point.

C. Les ressources thérapeutiques et médicales

D'après les propos des infirmières, la relation thérapeutique entretenue avec le patient grâce notamment aux échanges, en amont ou après l'acte de violence, semble être bénéfique. Les infirmières B et C cherchent avant tout à désamorcer la violence en rentrant en discussion avec le patient grâce à la réassurance, en essayant de comprendre le patient sur son ressenti, en étant empathique et compréhensif, en montrant à la personne qu'elle peut compter sur le soignant : « *les choses peuvent se désamorcer plutôt avec de la réassurance* » (L76-77 de l'entretien n°2), « *si on sent qu'il est tendu c'est qu'il y a une raison derrière, donc déjà comprendre ça pour désamorcer* » (L92-93 de l'entretien n°2), « *le fait de rester empathique bah d'être compréhensif (...) va (...) permettre de créer (...) un bon lien, parce que la personne va, va être en confiance avec l'équipe* » (L133-136 de l'entretien n°3). Ensuite, les infirmières A et B, suite au passage à l'acte, cherchent à en reparler avec le patient : « *ce qui est important c'est de pouvoir reverbaler avec lui (...) c'est important bah qu'il se rende compte voilà un peu de ce qu'il y a eu* » (L153-157 de l'entretien n°2). Les infirmières B et C cherchent aussi à apaiser verbalement en ayant des paroles douces.

Pour les infirmières B et C, la médication est une solution envisageable : « *si besoin on peut proposer au patient un traitement* » (L89 de l'entretien n°2).

Une dernière ressource semble aussi avoir son importance, la présence d'un travail d'équipe incluant psychiatres, psychologues, cadres de santé : « *il y a la place du médecin qui est importante (...) un travail d'équipe euh médical quoi et avec le cadre etc, pour prévenir ça* » (L210-212 de l'entretien n°3). La présence d'un médecin, comme vu précédemment peut apporter une aide thérapeutique avec la médication par exemple mais aussi en prescrivant la mise en CSI du patient : « *pas ici mais en services d'entrants de mettre la personne en chambre de en CSI* » (L69-70 de l'entretien n°3). Seule l'infirmière C parle de cette chambre spécifique. Les deux autres infirmières parlent, elles de la contention.

3.2.3 L'axe n°3 : les répercussions de la violence en psychiatrie

Différents thèmes et sous-thèmes découlent du discours des infirmières. Il y aurait tout d'abord, des répercussions sur le soignant avec l'émergence d'émotions particulières, de l'épuisement professionnel, une certaine remise en question mais aussi un impact sur la vie familiale et sur l'accomplissement professionnel. De plus, il y aurait des répercussions sur l'accompagnement du patient et plus précisément sur la relation soignant-soigné. Enfin, il y aurait des répercussions sur l'équipe et sur l'environnement du travail avec de la solidarité, de l'entraide mais aussi un impact sur l'entente entre certains soignants et sur les conditions de travail.

A. Les répercussions de la violence sur le soignant

La violence, d'après les infirmières peut faire surgir certaines émotions. En effet, les infirmières A et B parlent toutes deux du caractère délirant ou non délirant du patient au moment du passage à l'acte. Lorsque le patient émet un coup volontaire cela serait plus difficile à gérer psychologiquement et cela pourrait affecter d'autant plus le soignant : « *c'est des coups volontaires donc ça c'est encore euh plus difficile à gérer* » (L75-76 de l'entretien n°1), « *les autres patients par contre qui sont non délirants (...) c'est vrai que (...) ça peut être plus difficile* » (L159-161 de l'entretien n°2). Ces deux mêmes infirmières éprouvent aussi d'autres difficultés mais pour des raisons différentes hormis le contexte pathologique du patient. L'infirmière A estime que lorsque cela se passe plutôt bien avec un patient, cela peut être difficile. L'infirmière B, elle, dit avoir plus de difficultés quand il s'agit d'un passage à l'acte auto agressif du patient ou lorsque ce sont ses collègues qui sont touchés. Elle éprouverait une certaine impuissance, un choc ou bien de

l'inquiétude pour ceux-ci. Par ailleurs, les trois infirmières interrogées parlent de la peur. Pour les infirmières A et C, la peur n'est pas présente ou ne l'est plus : « *de la peur jamais, je n'ai jamais eu peur (...) mais comme on est une bonne équipe soudée etc, je n'ai jamais eu peur* » (L190-192 de l'entretien n°1). L'infirmière C dit aussi qu'elle n'a plus peur car elle sait qu'elle peut compter sur une équipe. Cette notion d'équipe semble donc jouer un rôle dans l'apparition ou non de cette peur. Cependant, pour l'infirmière C, il lui est arrivé d'avoir peur pour sa vie lors d'un cas de violence au moment de sa grossesse, ses émotions étaient décuplées. L'infirmière B parle aussi de la peur mais en disant que la violence n'est pas ce qui lui fait le plus peur. D'autre part, la violence physique peut être vécue comme une agression : « *je le subi vraiment comme une agression, c'est, j'avais pas eu mal, rien, mais (...) c'était comme une blessure quoi* » (L99-100 de l'entretien n°3). L'infirmière C estime que cela peut aussi entraîner une décharge d'adrénaline ou des palpitations. L'infirmière B est la seule à parler de colère du fait des conditions de prise en charge des patients. Elle parle aussi d'un sentiment d'injustice pouvant naître lorsqu'un patient va être dans l'insulte avec un soignant plutôt qu'avec un autre par exemple : « *il peut y avoir un sentiment d'injustice, un sentiment de qu'on n'a pas toute la même prise en charge* » (L192-193 de l'entretien n°2).

La violence peut aussi impacter sur la vie familiale selon l'infirmière C : « *à la maison on en parle (...) et les enfants ils entendent donc euh les enfants en ont marre, les enfants ont peur (...) pour eux mon travail c'est c'est un sale métier* » (L118-121 de l'entretien n°3). Ce point apporté par cette infirmière peut être lié au prochain impact : l'accomplissement professionnel du fait du regard de ses enfants sur son travail.

Il y a aussi la notion d'accomplissement professionnel comme répercussion. L'infirmière A, se dit parfois qu'elle n'a pas fait trois ans de formation pour se faire taper et qu'il n'est pas toujours évident de venir travailler. L'infirmière C, elle, estime que le travail de l'infirmier en psychiatrie peut être différent : « *je crois que le travail d'infirmière c'est pas ça quoi, je pense que c'est autre chose (...) pour moi c'est (...) on est plus dans le soin quoi (...) ça ne devrait pas arriver* » (L166-168 de l'entretien n°3). Elle trouve aussi que la prise en charge du patient en psychiatrie n'est parfois pas adaptée : « *on s'occupe de la phase aiguë puis quand il y a trop de problèmes et bin il rentre à son domicile* » (L189-190 de l'entretien n°3). L'infirmière A soulève un autre point, la déception et la frustration face à des patients qui allaient mieux, où elle avait l'impression d'avoir avancé dans la prise en charge mais où la violence apparaît tout de même. D'après elle, la violence peut aussi amener un certain découragement. Elle semble prendre du recul en trouvant un aspect positif : « *mais quelque part ça permet aussi de mieux comprendre un peu mieux la maladie du patient puisque ça fait partie de leur maladie* » (L106-107 de l'entretien n°1).

La violence peut aussi avoir un impact sur l'épuisement professionnel pour les infirmières A et C. En effet, l'une d'elle parle de fatigue psychologique tandis que la deuxième parle plutôt de stress, deux facteurs possibles de l'épuisement : « *je m'aperçois quand même que euh c'est cette violence (...) c'est très psychologiquement, très fatigant* » (L200-201 de l'entretien n°1).

La violence, d'après les infirmières A et B, engendre une certaine remise en question, des questionnements, des interrogations sur leurs pratiques, leur travail : « *une remise en question aussi sur sa pratique bon ce qui est plutôt positif (...) parce que des fois la violence je pense que, ça peut venir du soignant aussi hein* » (L193-195 de l'entretien n°1), « *la remise en question derrière enfin qu'est-ce que j'aurais pu faire de mieux ? Je suis passée à côté de quelque chose et ouais ça chemine quand même* » (L125-126 de l'entretien n°2). L'infirmière A précise que cela n'altère pas sa motivation pour la psychiatrie mais qu'il lui arrive de se demander pourquoi avoir choisi la psychiatrie.

B. Les répercussions de la violence sur l'accompagnement du patient

La violence semble avoir un impact sur la prise en charge du patient et sur la relation soignant-soigné. Les trois infirmières semblent d'accord en disant que la violence peut engendrer une mise à distance entre le soignant et le patient. L'infirmière A dit même : « *c'est pas que ça peut casser l'alliance thérapeutique, c'est un peu fort mais parfois par la déception (...) ça peut arriver à mettre une certaine distance* » (L205-207 de l'entretien n°1) tout en disant que ce n'est que temporaire. L'infirmière B, elle, parle de distance professionnelle. L'infirmière C ne parle pas à proprement parler de distance : « *c'est-à-dire que pour certaines personnes euh il y a moins de compassion, voilà d'empathie* » (L128-129 de l'entretien n°3). Elle précise tout de même que cette empathie sera toujours présente pour les patients qui n'ont pas conscience de leurs actes, que cela ne change rien. L'infirmière B, comme l'infirmière C, considère que l'impact sur la relation est différent si le patient est conscient de ses actes ou non : « *quand c'est un patient délirant (...) on va pas mettre de distance (...) ça fausse pas la relation de confiance avec lui* », « *on arrive sans souci à retourner vers le patient* » (L145-153, 164 de l'entretien n°2). Pour les autres patients, non délirants, elle dit au contraire, que le contact peut être « *un peu plus froid* » (L163 de l'entretien n°2) tout en étant dans une distance soignante. L'infirmière A parle aussi de la froideur que ce soit du côté soignant mais aussi du côté du patient. Par ailleurs, pour l'infirmière B, même s'il s'agit d'un patient délirant, de la méfiance peut s'installer : « *c'est vrai qu'on a toujours une méfiance à se dire attention il peut être imprévisible* » (L140-141 de l'entretien n°2).

C. Les répercussions de la violence sur l'équipe et sur l'environnement du travail

Les situations de violence amèneraient de la solidarité selon les infirmières A et B : « *ça a beaucoup d'impact sur notre équipe mais on est assez solidaire* » (L270-271 de l'entretien n°1), « *faut être solidaires* » (L182 de l'entretien n°2). Elles estiment toutes les deux que cela soude une équipe : « *je pense que ça peut plus ressouder une équipe que la diviser* » (L176-177 de l'entretien n°2). De plus, l'infirmière A montre une certaine entraide émanant de l'équipe, ne serait-ce que pour passer la main lors d'une prise en charge difficile, en débriefant sur une prise en charge et sur l'approche du patient dans les soins, en se formant entre soignants ou encore part un partage d'expérience avec des soignants ayant une plus grande expérience en psychiatrie.

Néanmoins, cette violence peut au contraire diviser l'équipe comme le dit l'infirmière B pour ce qui est de la violence verbale. Elle peut cliver l'équipe : « *je pense à nos patients non délirants (...) qui vont plutôt cliver l'équipe, qui vont être plutôt dans la manipulation (...) ils vont obtenir certaines choses de bah certains collègues et que d'autres ont refusés du coup ils vont se montrer insultant avec ceux qui refusent, donc là par contre ça peut euh diviser un peu un peu l'équipe* » (L185-189 de l'entretien n°2). Pour rejoindre les propos de l'infirmière B, les infirmières A et C parlent, elles, de tensions et de conflits : « *ça crée des tensions quand même dans le service (...) on s'engueule jamais ici, ou alors on s'engueule mais ça dure pas longtemps* » (L261-266 de l'entretien n°1), « *l'impact (...) de la violence sur l'équipe euh peut détruire une équipe, (...) ça peut entraîner des conflits aussi (...) avec la direction, avec les médecins aussi, une incompréhension* » (L193-198 de l'entretien n°3). Cette dernière dit même en parlant de la violence : « *ça nous a mis à bas* » (L157 de l'entretien n°3) tout en expliquant que les collègues, lorsqu'ils sont touchés sont aussi des amis. On voit bien ici les liens que peuvent avoir certains soignants et l'impact d'autant plus important que la violence peut engendrer. Pour rappel, l'infirmière B disait que ce qui était difficile pour elle, c'était, justement, que des collègues soient touchés.

Dernièrement, la violence peut avoir un impact sur les conditions de travail. Effectivement, les trois infirmières parlent d'arrêts de travail ayant pour causes des blessures physiques, un vécu difficile

de l'évènement violent : « *des blessures physiques et des séquelles (...) je pense qui seront, à vie* » (L165-166 de l'entretien n°3), « *j'ai des collègues qui n'acceptent pas du tout, qui le vivent très mal, qui se mettent en arrêt* » (L145-146 de l'entretien n°1). De plus, ces arrêts peuvent impacter sur l'organisation du travail et bouleverser considérablement l'équipe : « *l'impact peut être très lourd sur une équipe parce que déjà physiquement c'est des arrêts de travail donc c'est des changements de plannings, c'est beaucoup de fatigue* » (L259-261 de l'entretien n°1), « *notre équipe euh a été très malmenée avec euh avec (...) beaucoup de remplacements, beaucoup de têtes nouvelles (...) beaucoup euh voilà de mouvements* » (L194-196 de l'entretien n°3). Enfin, les infirmières B et C semblent entre guillemets revendiquer un certain mécontentement face aux conditions de travail de manière générale à la suite de violence. L'infirmière B dit que l'équipe ressent parfois de la colère « *par rapport aux conditions d'hospitalisations, par rapports aux aux effectifs et aux voilà à la surpopulation* » (L173-174 de l'entretien n°2). L'infirmière C parle, elle, d'« *une défaillance d'un système de soins, voilà, sans doute locale, je dirais même générale, nationale* » (L149-150 de l'entretien n°3) en ciblant les moyens donnés, les infrastructures existantes et le nombre de lits suffisants. Par ces propos, ce n'est pas la violence qui aurait des répercussions sur l'environnement du travail mais plutôt l'inverse.

4 LA DISCUSSION

Avant de commencer cette discussion, je souhaite insister sur le fait que ce travail d'initiation à la recherche ne se veut pas exhaustif. En effet, les recherches conceptuelles et empiriques ne suffisent pas pour émettre des conclusions définitives à ce travail. Ils permettent toutefois de s'interroger, de se questionner sur divers éléments concordants et divergents entre ces deux recherches. En effet, tous les éléments expliqués lors du cadre conceptuel ne se retrouvent pas forcément dans les propos des trois infirmières interrogées et inversement. Il me semble important, avant de confronter mes données théoriques à celles acquises par le biais du cadre empirique, de rappeler ma question de départ : En quoi les situations récurrentes de violence des patients en psychiatrie peuvent impacter la charge émotionnelle des infirmiers et leur exercice professionnel ?

➤ LA RÉCURRENCE DE LA VIOLENCE VERBALE ET PHYSIQUE EN PSYCHIATRIE

Lors de mon approche conceptuelle, j'avais distingué trois **formes de violence** : la violence verbale, psychologique et physique. Dans le cadre de mes entretiens, seule deux formes de violence en sont ressorties, la violence verbale et physique. Seule une infirmière a utilisé un vocabulaire différent : l'agressivité et l'agression. La violence physique est la violence qui a été le plus utilisé par les infirmières pour appuyer leurs propos lors de ces différents entretiens. Celle-ci semble donc marquée davantage ces infirmières dans leurs pratiques, leurs expériences. Par ailleurs, deux infirmières ont fait émerger une forme de violence que je n'avais pas perçu : la violence induite par un patient conscient de ses actes et celui qui n'en a pas conscience du fait de sa pathologie par exemple. Cet aspect a été plusieurs fois cité et semble avoir toute son importance dans le vécu des soignants face à la violence et quant à leurs actions soignantes.

La violence apparaît comme **récurrente** en psychiatrie. Lors du cadre conceptuel, j'avais expliqué que la psychiatrie faisait partie des trois services avec le plus de violence et qu'elle se trouvait à la première place. Deux infirmières abordent cette récurrence de manière différente. Elles séparent leurs réponses en fonction des différentes formes de violence. Ainsi, la violence verbale serait quotidienne alors que la violence physique ne serait pas présente tous les jours. L'une d'elle justifie ses propos du fait de la population accueillie, des moments mais aussi du service, aigue ou chronique. La troisième infirmière, au contraire, évoque de manière générale cette récurrence. La violence lui semble plus présente qu'autrefois et qu'elle peut être quotidienne.

De nombreux **facteurs influençant la violence** se dégagent du cadre conceptuel et dans les entretiens. Il en ressort, en comparant les données, des similitudes et des divergences. Deux infirmières parlent de la pathologie du patient comme étant un facteur de violence en parlant des signes associés et des décompensations possibles. Ceci concorde avec des éléments du cadre conceptuel : les troubles psychiatriques avec les patients psychotiques avec hallucinations, délires mais aussi les troubles de la personnalité, les troubles anxieux... De plus, l'attitude du soignant semble jouer un rôle dans l'émergence de la violence, notion que je n'avais pas identifiée. En effet, comme le dit une infirmière, le fait de ne pas être rassurant pour le patient, le faire attendre et/ou différer ses demandes peut engendrer de la violence par l'anxiété, la frustration. Aussi, certains soins, comme le retrait de contentions, sont susceptibles de provoquer, de faire vivre aux soignants des situations de violence. Je n'avais pas non plus envisagé cet élément. L'environnement et les conditions de travail, respectivement énoncés dans le cadre conceptuel et les propos de deux infirmières, sont aussi des facteurs favorisant. Le fait que les infirmières ne parlent pas de l'environnement comme facteur m'a surpris. En effet, celles-ci, dans la prévention et la gestion des situations de violence en parle afin d'apaiser un patient. Néanmoins, si la violence du patient

peut être désamorcé par un environnement sécurisant, calme, ne peut-il pas engendrer de violence lorsque qu'il n'est pas propice à l'apaisement du patient ? En effet, le cadre conceptuel évoque cet aspect en aménageant l'environnement : bruit, lumière etc. En ce qui concerne l'abus de substances, nommé dans le cadre conceptuel, seule une infirmière l'évoque en disant que cela peut amener de fortes crises chez certains patients.

➤ DES MOYENS DIVERS POUR FAIRE FACE À LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE

Il apparaît de mon cadre conceptuel et des entretiens, deux ressources personnelles importantes : **l'expérience** et **la maîtrise des émotions**. Lors du cadre conceptuel, j'avais émis des hypothèses concernant l'intérêt d'avoir de l'expérience : prévenir et gérer la violence, en tirer des leçons, être plus compétant, pouvoir repérer plus facilement des signes annonciateurs de violence... Les infirmières interrogées vont dans ce sens. Deux d'entre elles évoquent l'expérience comme permettant d'évaluer le risque de violence, de la détecter et d'observer ainsi plus attentivement certains patients. L'une d'elle parle même du manque d'expérience comme source d'erreurs ayant amené de la violence. Une autre parle d'une meilleure gestion, prise de recul grâce à l'expérience et qu'elle permet de se protéger de la violence. Cette même infirmière parle aussi de la nécessité d'être apaisée face à celle-ci. Elle confirme ainsi les propos de Catherine Mercadier lorsqu'elle dit que le soignant doit savoir contrôler ses émotions pour ne pas les montrer aux patients⁹². En effet, le fait de garder son calme par exemple, permet au patient de s'apaiser. C'est donc ici que peut intervenir la maîtrise des émotions comme ressource. De plus, deux infirmières disent qu'il est important ou montrent le besoin de parler que ce soit à des collègues mais aussi à un proche pour évacuer ce qui est ressenti et se décharger. Cherchent-elles, par ces moyens, à évacuer des émotions difficiles et ainsi les maîtriser plus facilement ? Enfin, les infirmières ne m'ont pas parlé des mécanismes de défense dont j'avais expliqué « l'avantage » dans la maîtrise de ses propres émotions. Est-il plus difficile pour elles de les considérer comme ressources puisque ce sont des stratégies inconscientes ?

Des ressources collectives et relatives au service émergent ensuite. Laurent Morasz, dans le cadre conceptuel, affirme que le travail de l'infirmier en psychiatrie est avant tout un **travail d'équipe**⁹³. Les trois infirmières confirment cette idée lorsqu'elles disent qu'il est parfois nécessaire d'aller à plusieurs voir un patient qui semble tendu ou même de prévenir l'équipe lorsqu'un soignant estime qu'il est préférable d'aller seule au contact d'un patient. De plus, pour deux infirmières, le fait même de travailler au sein d'une équipe peut permettre de gérer une situation de violence. Par ailleurs, pour deux infirmières, **les réunions** et **les débriefings** semblent être une ressource évidente. L'une estime qu'il est important d'échanger car la violence ne doit pas être une fatalité et que ça permet de se transmettre des astuces. Pour la seconde, les échanges permettent d'évacuer, de partager son ressenti avec les autres et de ne pas se sentir seule. Les propos de ces deux infirmières vont dans le sens du cadre conceptuel. En effet, j'avais parlé de réunions d'équipe se présentant sous forme de retours d'expérience, de réflexions collectives et d'analyse de pratiques. Réunions permettant d'échanger sur leurs pratiques et sur des problématiques de prise en charge.

Une autre ressource semble être bénéfique : l'apaisement du patient grâce à **l'environnement**. Au moment du cadre conceptuel, j'avais expliqué que chaque lieu d'un service avait une fonction précise pour sécuriser le patient et qu'il se sente contenu. Une infirmière parle de cette contenance en utilisant la chambre du patient pour l'apaiser. D'autres lieux peuvent être utilisés selon les trois infirmières : un parc, une salle de sport mais aussi une chambre d'apaisement. Je n'avais pas

⁹² MERCADIER, C. op.cit. p.213

⁹³ MORASZ, L. PERRIN-NIQUET, A. VEROT, J-P. BARBOT, C. op.cit. p.268

identifié la chambre d'apaisement comme ressource car je ne connaissais pas ce dispositif. Celle-ci « est un espace dédié (...) spécialement aménagé pour permettre aux patients (...) de s'isoler et de retrouver leur calme lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents⁹⁴ ». La HAS explique que le patient est libre d'y entrer ce qui lui permet d'apprendre lui-même à prévenir la crise. Elle n'a donc pas la même fonction que la chambre d'isolement. Une notion n'a été abordée que par une infirmière, le **cadre** en disant qu'il faut parfois être plus cadrant avec un patient dont le potentiel de violence vient d'une frustration. C'est une notion que j'ai développée dans le cadre conceptuel et j'ai été étonnée qu'une seule infirmière en parle. Lors d'une lecture supplémentaire, le cadre serait « diffus et discret⁹⁵ » et « par sa permanence et sa ritualisation, les soignants l'ont intégré dans leurs comportements professionnels⁹⁶ ». Est-ce pour ceci qu'il est peu abordé, car ancré dans leurs comportements ? Une autre ressource, autre que l'environnement apparaît pour apaiser un patient selon les infirmières : **les techniques d'apaisement** : le toucher corporel, le toucher massage.

Les formations, évoquées dans le cadre conceptuel, sont une ressource pour une infirmière. Elle est la seule à l'évoquer en nommant des exemples de formations : le self défense ou encore des positions précises lors d'une approche avec le patient violent ou pouvant l'être. Les formations permettent ainsi de se munir d'outils afin de prévenir ou de gérer des situations de violence.

La mise en place d'une **relation thérapeutique** avec le patient semble être une ressource pour les infirmières. Deux infirmières essayent de rentrer en discussion avec le patient en étant dans la réassurance, en se montrant présent pour désamorcer la violence de celui-ci. Lorsque la violence survient, certaines infirmières cherchent à en reparler avec le patient pour qu'il prenne conscience de son comportement. Ces propos confirment ce que j'ai pu dire dans le cadre conceptuel. En effet, j'avais estimé que la relation thérapeutique pouvait être bénéfique lors de violence en étant présent pour le patient ou encore en essayant de faire réfléchir le patient sur ses actes.

La médication du patient, comme ressource a été évoqué par deux infirmières. Ceci conforte cet élément du cadre conceptuel pour prévenir ou gérer des situations de violence. Elle a malgré tout été très peu abordé ou développé par les infirmières. Est-ce parce qu'elles cherchent au préalable d'autres solutions, d'autres moyens, autres que médicamenteuses pour désamorcer ou gérer cette violence ? En effet, les deux infirmières ayant évoqué la médication, parlent d'abord du dialogue et de l'apaisement du patient avant d'évoquer cette ressource. Il en est de même pour les mesures restrictives dont j'estimais être une ressource indéniable face à la violence : **la contention physique et la chambre d'isolement thérapeutique**. Seule une infirmière évoque la chambre d'isolement comme ressource. Les deux autres soignantes parlent, elles, des contentions mais n'en parlent pas spontanément comme ressource face à la violence. Elles en parlent lors de situations de violence ou lors de l'impact de cette mesure sur le relation soignant-soigné.

➤ LA DIVERSITÉ DES IMPACTS DE LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE

Les situations de violence peuvent susciter de **nombreuses difficultés et émotions**. Dans le cadre conceptuel, j'avais évoqué la notion de charge émotionnelle comme étant « *le fardeau, le poids des états subjectifs intenses que vit une personne étant donné ses rôles au travail, ses*

⁹⁴ HAS. *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie, Outil 6 – Mise en place d'espaces d'apaisement*. Consulté le 25/04/2018 sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_06_espace_apaisement.pdf p.2

⁹⁵ MORASZ, L. PERRIN-NIQUET, A. VEROT, J-P. BARBOT, C. op.cit. p.147

⁹⁶ MORASZ, L. PERRIN-NIQUET, A. VEROT, J-P. BARBOT, C. op.cit. p.149

*missions, les choses ou les personnes dont elle a la responsabilité au travail*⁹⁷ ». Lors des entretiens, certains propos montrent cette possible charge sans toutefois la nommer clairement. Deux infirmières estiment en premier lieu qu'il est difficile psychologiquement de faire face à la violence d'un patient portant des coups volontaires. De plus, elles disent éprouver une certaine impuissance, un choc, de l'inquiétude lorsque la violence se porte sur des collègues ou bien sur le patient lui-même. La violence peut aussi susciter de la colère mais aussi un sentiment d'injustice. Cette violence peut ensuite impacter sur l'**accomplissement professionnel** du soignant. La violence entraînerait de la déception, de la frustration et parfois même du découragement. Une infirmière estime qu'il n'est pas toujours facile de venir travailler à la suite de coups reçus. Une autre soignante affirme, elle, que le travail de l'infirmier peut être différent et que la prise en soins des patients n'est pas toujours adaptée. Ainsi, cette dernière montre un certain décalage entre ce qu'elle voudrait de son travail et de sa prise en charge et ce qu'elle vit. Ceci conforte des éléments du cadre conceptuel disant que le soignant peut avoir l'impression de ne pas accomplir correctement son travail et entraîner ensuite une remise en cause de ses valeurs, ses rôles. Ici, se dégage un autre impact rapporté par deux infirmières : **la remise en question**. Celles-ci montrent que la violence peut remettre au cause leurs pratiques en s'interrogeant dessus et en cherchant ainsi ce qui n'a pas fonctionné. Cette démarche est positive selon une infirmière. De plus, une infirmière dit « *qu'est-ce que j'aurais pu faire de mieux ? Je suis passée à côté de quelque chose et ouais ça chemine quand même*⁹⁸ ». Celle-ci montre cette remise en question positive, mais de l'autre, montre que la violence peut faire « culpabiliser » sur sa pratique soignante en rejetant la faute sur elle-même. Le fait de rejeter la faute sur son travail peut être un signe d'un manque d'accomplissement professionnel, comme évoqué dans le cadre conceptuel.

Un autre impact se dégage du cadre conceptuel et des entretiens : l'**épuisement professionnel** avec la notion de stress. Une infirmière parle de fatigue psychologique et une deuxième parle du stress. Ces deux propos reflètent de ce qu'est l'épuisement professionnel. Une définition d'Alexandre Manoukian, dans le cadre conceptuel affirme ces points : « *une expérience psychique négative (...) liée à au stress émotionnel et chronique (...) par la fatigue ou l'épuisement émotionnel*⁹⁹ ». De plus, les infirmières parlent aussi de la peur, qui peut se manifester lors de situations précises. Deux infirmières expliquent que cette peur n'est pas présente ou peu puisqu'elles travaillent au sein d'une équipe. Cette peur est aussi évoquée dans le cadre conceptuel par Patrick Legeron : la violence peut engendrer un sentiment d'insécurité et de peur¹⁰⁰. L'acte de violence a un impact sur la relation soignant-soigné. En effet, lors du cadre conceptuel, j'avais développé l'idée que la violence pouvait engendrer des **attitudes de défense** comme la mise à distance de la part du soignant. Attitudes pouvant entraîner une diminution de la bienveillance et de l'empathie. Grâce aux entretiens, je peux affirmer qu'une distance peut s'installer à la suite d'un passage à l'acte violent. Deux infirmières parlent de mise à distance et la troisième dit être parfois moins empathique avec le patient et éprouver moins de compassion. Deux infirmières nuancent leurs propos en disant que cela arrive lorsqu'il s'agit d'un patient conscient de son acte. Cela peut, de ce fait, impacter sur la relation de confiance, l'alliance thérapeutique et instaurer un climat plutôt froid entre le patient et le soignant. Toutefois, de la méfiance peut s'installer même pour un patient délirant pour une infirmière. Deux d'entre elles insistent tout de même sur le fait que cette distance est temporaire et doit se faire tout en distance professionnelle.

⁹⁷ HELLEMANS, C. op.cit. p.90

⁹⁸ Entretien n°2, lignes 125 et 126

⁹⁹ MANOUKIAN, A. op.cit. p.10

¹⁰⁰ LEGERO, P. op.cit. 112

La violence peut avoir un impact sur l'équipe soignante, que ce soit positif ou négatif. Lors du cadre conceptuel, je n'avais pas trouvé d'éléments bibliographiques parlant de cet impact. J'avais donc exposé des propositions d'explications grâce à mes expériences de stage. Ainsi, les actes de violence pouvaient montrer une certaine **entraide, une solidarité**, une cohésion et une cohérence dans l'équipe soignante. Deux infirmières ont exprimé ces mêmes propos, la solidarité et l'entraide, en ajoutant le fait que cela soude une équipe. Néanmoins, les trois infirmières précisent que cette violence peut au contraire, **diviser** une équipe, entraîner **des tensions** et **des conflits**. L'une aborde même des incompréhensions avec différents professionnels de santé. Je n'avais pas cerné cet aspect, sans doute car je n'ai pas eu ces retours lors de mes expériences de stage.

Enfin, un dernier impact apparaît au niveau des conditions de travail. Les infirmières affirment que la violence peut aboutir à **des arrêts de travail**, pour blessures physiques et/ou des difficultés dans le vécu du passage à l'acte. Ces arrêts amènent un bouleversement dans l'organisation du travail que ce soit dans les changements de plannings ou encore des remplacements. Cela confirme donc ce que j'avais pu exposer dans le cadre conceptuel. La violence peut également engendrer du **mécontentement** face aux conditions même de travail selon deux infirmières : les moyens données, le nombre important de patients pour le nombre de lits etc.

➤ **SYNTHÈSE ET ÉMERGENCE D'UNE HYOTHÈSE DE RECHERCHE**

Lors de cette confrontation entre mes données conceptuelles et mes données empiriques, de nombreux éléments m'ont permis d'étoffer mes connaissances sur ma problématique de départ. De plus, cela m'a permis d'y répondre de manière exhaustive.

En ce qui concerne la charge émotionnelle, je peux en conclure que la récurrence de la violence amène le soignant à éprouver certaines émotions, sentiments, ressentis (stress, peur, colère, découragement, fatigue etc) pouvant aboutir à une charge si ceux-ci s'accumulent et ne sont pas évacués. Cette charge émotionnelle peut ensuite jouer sur l'épanouissement et l'accomplissement du professionnel dans son travail mais aussi sur l'émergence d'un épuisement professionnel.

La récurrence de la violence peut aussi influencer sur l'exercice professionnel. En effet, le soignant peut « gagner » en expérience et porter un autre regard sur les actions qu'il va entreprendre. Il peut adapter son attitude, sa posture soignante face au patient, par une mise à distance avec le risque d'impacter sur la relation thérapeutique et/ou par une recherche de dialogue et d'apaisement auprès de lui, par une maîtrise des émotions en amont, pendant et après l'acte de violence. Le soignant peut aussi être plus attentif, plus observateur face au comportement du patient. La violence peut agir sur l'émergence d'une solidarité, d'une entraide entre les soignants en faisant naître des instants d'échanges, de partages dans un but d'amélioration des pratiques par exemple. Au contraire, cela peut aussi diviser une équipe et impacter sur leur travail et sur ses conditions.

Grâce à toutes ces données, je me suis interrogée sur la formulation d'une question de recherche définitive. En effet, un point évoqué à plusieurs reprises lors de mes entretiens exploratoires m'a questionné : la différenciation qu'émettent les trois infirmières dans leurs propos, sur le fait que le patient peut être conscient de la violence qu'il manifeste et celui qui ne va pas avoir conscience de cela. Il en ressort une différence de ressenti, de posture soignante entre ces deux aspects et un impact parfois plus difficile face à un patient pleinement conscient de son acte. Ainsi, je souhaite préciser ma question initiale sur le patient non délirant, ayant conscience de sa violence :

En quoi les situations récurrentes de violence des patients non psychotiques en psychiatrie peuvent impacter la charge émotionnelle des infirmiers et leur exercice professionnel ?

CONCLUSION

Au cours de ce mémoire, j'ai eu l'opportunité de réaliser quatre entretiens avec des professionnels, ce qui m'a permis d'enrichir ce mémoire, en plus de la recherche théorique. Toutefois, je n'en ai analysé que trois. En effet, plus les entretiens sont nombreux, plus cela demande une analyse importante mais aussi plus de temps pour la réaliser. En cela, se trouve deux limites à cette investigation : le temps mais aussi le nombre de pages attendues pour réaliser ce travail. J'ai donc choisi les trois entretiens, qui selon moi, étaient les plus riches. Malgré cela, je trouve que trois entretiens, même quatre ne suffisent pas à répondre à ma problématique puisqu'ils ne peuvent être complètement représentatif et complet. Néanmoins, ces entretiens m'ont apporté de multiples informations.

J'ai pu apprendre sur la prise en charge des personnes atteintes de pathologies psychiatriques, dont la prise en charge et l'attitude du soignant peut être différente selon la pathologie du patient. Ainsi, c'est sur cet aspect que j'ai décidé d'appuyer ma question de recherche définitive : les patients ayant une pathologie non psychotique.

Par ailleurs, ce travail d'initiation à la démarche de recherche m'a permis de progresser quant à mes capacités d'analyse, capacités primordiales dans l'exercice de ma future pratique professionnelle. De plus, ce mémoire m'a fait prendre conscience qu'il est nécessaire d'avoir une attitude réflexive dans un but d'amélioration des pratiques professionnelles. Cela m'a permis d'étendre mes connaissances sur ce qu'implique la violence en psychiatrie tant sur les actions soignantes que sur les retentissements de celle-ci.

Cela a permis aux infirmiers de se questionner, de s'interroger sur leurs pratiques, sur des situations de violence qu'ils ont vécues. Situations n'ayant pas demandé un temps de réflexion trop important pour que les infirmières s'en rappellent et en parlent. Ce constat reflète des propos de Laurent Morasz : « *la violence a de tout temps été l'une des préoccupations majeures du champ psychiatrique*¹⁰¹ ». Cela questionne le soin et le soignant car la violence engage une part de lui-même dans cette activité professionnelle¹⁰².

La violence dans les soins reste une problématique actuelle dans les établissements de santé et fait partie intégrante du métier d'infirmier en psychiatrie. Elle ne doit pourtant pas être une fatalité. Malgré cette récurrence, des moyens peuvent être mis en application pour prévenir, gérer et adopter la meilleure attitude soignante afin de prodiguer des soins d'une qualité la plus satisfaisante possible. Cette qualité peut reposer sur l'observation, l'écoute, l'analyse, l'empathie mais aussi la bienveillance.

¹⁰¹ MORASZ, L. PERRIN-NIQUET, A. VEROT, J-P. BARBOT, C. op.cit. p.251

¹⁰² MORASZ, L. PERRIN-NIQUET, A. VEROT, J-P. BARBOT, C. op.cit. p.255

RÉFÉRENCES

IMAGE

- SANTÉ MENTALE. *Violences envers les soignants : les ministres se mobilisent*. <http://www.santementale.fr/actualites/violence-en-milieu-hospitalier.html>.

OUVRAGES

- MAURANGES, A. (2007). *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier*. Montargis : MNH
- MORASZ, L. (2002). *Comprendre la violence en psychiatrie, approche clinique et thérapeutique*. Paris : Dunod
- MERKLING, J. (2007). *Le métier d'infirmier en santé mentale*. Paris : Seli Arslan
- MORASZ, L. PERRIN-NIQUET, A. VEROT, J-P. BARBOT, C. (2004). *L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie*. Paris : Elsevier Masson
- MERCADIER, C. (2006). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan
- FORMARIER, M. JOVIC, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet conseil
- LEGERON, P. (2001). *Le stress au travail*. Paris : Odile Jacob
- MANOUKIAN, A. (2009). *La souffrance au travail : les soignants face au burn-out*. Rueil-Malmaison : Lamarre
- CANOÛÏ, P. MAURANGES, A. (2008). *Le burn out à l'hôpital, le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson

ARTICLES

- VOYER, M et al. (2009, octobre). « Dangersité psychiatrique et prédictivité ». *L'information psychiatrique*, n°8
- BERNARD, P. (2011). « Rôle de l'infirmière dans l'action de la santé mentale, sa situation actuelle en France et son évolution probable ». *L'information psychiatrique*, N°2
- CHOUANIÈRE, D. (2015, avril). « Risques psychosociaux et souffrance au travail ». *EMC pathologie professionnelle et de l'environnement*, N°2

COURS

- LE FLEM, X. (2016, avril). Le sens du soin en psychiatrie. Compétence 4, unité d'enseignement 2.6, semestre 2.
- QUEMERE-THOMASSIN, C. (2018, janvier). Rappel méthodologique : les outils d'enquêtes. Compétence 8, unité d'enseignement 3.4, semestre 6.

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Consulté le 03/03/2018 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=44E631D81634DFA94A7>

9ED8E23A73C58.tplgfr35s_3?cidTexte=JORFTEXT000000504704&idArticle=LEGIARTI000006366502&dateTexte=20110518&categorieLien=id#LEGIARTI000006366502.

- Circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des situations de violence. Consulté le 04/03/2018 sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ609_15122000.pdf
- Circulaire du 11 juillet 2005 relative au recensement des actes de violence dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général de la fonction publique. Consulté le 04/03/2018 sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circ327_110705.pdf

WEBOGRAPHIE

- HAS. *Épisodes de violence des patients en psychiatrie : comment les éviter ? comment mieux les gérer ?* Consulté le 27/02/2018 sur https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201611/dossier_de__presse_prevention_des_episodes_de_violence_des_patients_hospitalises_en_psychiatrie.pdf
- PERRON, A et al. *Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et de dangerosité.* Consulté le 22/09/2017 sur <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-1-page-47.htm>
- MNH. *Violence et agressivité, une distinction essentielle.* Consulté le 27/02/2018 sur www.santementale.fr/inc/ddldoc.php?file=medias/pdf/sm165_mnh.pdf
- OMS. *Rapport mondial sur la violence et la santé.* Consulté le 27/02/2018 sur http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf
- JUILHARD, J. BLANC, P. *Rapport de la commission d'enquête sur la maltraitance envers les personnes handicapées accueillies en établissements et services sociaux et médico-sociaux et les moyens de la prévenir.* Consulté le 06/03/2018 sur https://www.senat.fr/rap/r02-339-1/r02-339-1_mono.html
- FERRARI, R. *Rapport annuel 2012 de l'observatoire national des violences en milieu de santé.* Consulté le 06/03/2018 sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_2012_ONVS-2.pdf
- OIT, CII, OMS, ISP. *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé.* Consulté le 08/03/2018 sur http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/workplace_violence.fr.pdf?ua=1
- LOVELL, A. *Travaux préparatoires à l'élaboration du plan violence et santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.* Consulté le 07/03/2018 sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/054000729.pdf>
- DUJARDIN, O. *Exercer en psychiatrie : quelles spécificités pour les infirmiers et les infirmières ?* Consulté le 16/03/2018 sur <http://www.actusoins.com/291462/exercer-psychiatrie-specificites-infirmier-infirmiere.html>
- DELIEUTRAZ, S. *Le vécu de l'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé.* Consulté le 13/03/2018 sur https://www.cairn.info/load_pdf.php?download=1&ID_ARTICLE=CLINI_004_0_146
- DEPAIGNE-LOTH, A. *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie.* p.96. Consulté le 20/03/2018 sur

https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201610/rapport_biblio_violence_hospi_psy_en_attente.pdf

- SAINTE-ROSE, C. *Une enveloppe structurante, le cadre thérapeutique : rôle du cadre thérapeutique en psychomotricité dans le soin groupal en pédopsychiatrie*. Consulté le 26/03/2018 sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359991/document>
- LAROUSSE. *Dictionnaire de français*. Consulté le 23/03/2018 sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/expérience/32237>
- AGENCE NATIONALE DU DPC. *Le DPC en pratique*. Consulté le 25/03/2018 sur https://www.mondpc.fr/mondpc/le_dpc_en_pratique
- LAROUSSE. *Dictionnaire de français*. Consulté le 12/03/2018 sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/charge/14743>
- SILLAMY, N. *Dictionnaire de psychologie*. Consulté le 13/03/2018 sur https://www.researchgate.net/profile/Lydia_Fernandez/publication/236851463_Emotion/links/0deec51967f42563b6000000/Emotion.pdf
- HELLEMANS, C. *Dictionnaire des risques psychosociaux*. Consulté le 10/03/2018 sur http://www.academia.edu/22800287/Charge_émotionnelle__Dictionnaire_des_risques_psychosociaux
- DGT, ANACT, INRS. *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, mieux comprendre pour mieux agir*. Consulté le 13/03/2018 sur http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf
- CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERS. *Directives : comment affronter la violence au travail*. Consulté le 21/03/2018 sur http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_violence_fr.pdf
- HAS. *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie, outil 6 – Mise en place d'espaces d'apaisement*. Consulté le 25/04/2018 sur https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_06_espace_apaisement.pdf

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN – pages 35 à 36

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN – page 37

ANNEXE III : ENTRETIEN N°1 (infirmière A) – pages 38 à 44

ANNEXE IV : ENTRETIEN N°2 (infirmière B) – pages 45 à 50

ANNEXE V : ENTRETIEN N°3 (infirmière C) – pages 51 à 56

ANNEXE VI : TABLEAUX D'ANALYSE DES ENTRETIENS – pages 57 à 69

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN

Axes de recherche	Thèmes	Sous-thèmes	Questions
La violence des patients en psychiatrie	La perception de la violence du point de vue des soignants	<p>Plusieurs définitions : verbale, physique, psychologique...</p> <p>La récurrence des situations de violence</p> <p>Les facteurs favorisant : le profil, la consommation de toxiques, les locaux, le règlement intérieur, la relation soignant-soigné...</p>	<p>Selon vous, dans votre pratique professionnelle, comment se manifeste la violence en psychiatrie ?</p> <p>La violence vous semble-t-elle récurrente en psychiatrie ? (jamais, parfois, souvent, quotidiennement)</p> <p>Avez-vous déjà été confronté à une ou plusieurs situations de violence ? Si oui, pouvez-vous m'en parler ?</p>
La prévention et la gestion de la violence en psychiatrie	Les moyens et les ressources mis à disposition des soignants	<p>Les ressources personnelles : la maîtrise des émotions, les stratégies d'adaptation (mécanisme de défense...), l'expérience...</p> <p>Les ressources du service, de l'équipe : les formations, les réunions le cadre institutionnel et thérapeutique, l'environnement...</p> <p>Les ressources médicales et thérapeutiques (préventives,</p>	<p>Dans votre pratique, comment réagissez-vous face à une telle situation ?</p> <p>Quels autres moyens, ressources pouvez-vous utiliser ?</p>

		curatives...) : la relation thérapeutique, la médication, les mesures restrictives...	
Les répercussions de la violence en psychiatrie	Les répercussions sur le soignant	<p>Les émotions : peur, stress...</p> <p>La charge émotionnelle</p> <p>L'épuisement professionnel</p> <p>La diminution de l'accomplissement professionnel, les valeurs perturbées...</p>	<p>Quel impact cette violence a-t-elle sur vous ?</p>
	Les répercussions sur l'accompagnement du patient	<p>Les attitudes de défense : évitement, résignation, fuite...</p> <p>La non reconnaissance de la souffrance du patient</p>	<p>Quel impact cette violence a-t-elle sur votre accompagnement auprès du patient ?</p>
	Les répercussions sur l'équipe et l'environnement du travail	<p>La solidarité, l'entraide : cohérence, cohésion dans les soins</p> <p>Les conditions de travail : l'absentéisme...</p>	<p>Quel impact cette violence a-t-elle sur l'équipe ?</p>

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN

Avant l'entretien

- Je me présente à l'infirmier et je le remercie du temps qu'il m'accorde pour réaliser cet entretien
- Je lui réexplique les modalités de l'entretien avec l'enregistrement de celui-ci ainsi que la garantie de la confidentialité et de l'anonymat
- Enfin, je rappelle à l'infirmier le thème de mon mémoire

Pendant l'entretien

Avant de commencer l'entretien, je voudrais savoir, en quelques mots, votre parcours professionnel ?

- **Question n°1**

Selon vous, dans votre pratique professionnelle, comment se manifeste la violence en psychiatrie ?

Objectif : connaître les perceptions de l'infirmier sur ce que représente pour lui la violence

- **Question n°2**

La violence vous semble-t-elle récurrente en psychiatrie ?

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> Souvent |
| <input type="checkbox"/> Parfois | <input type="checkbox"/> Quotidiennement |

Objectif : savoir si l'infirmier trouve cette violence régulière dans les services de psychiatrie

- **Question n°3**

Avez-vous déjà été confronté à une ou plusieurs situations de violence ? Si oui, pouvez-vous m'en parler ?

Objectif : connaître l'expérience de l'infirmier en matière de confrontation à une ou des situations de violence

- **Question n°4**

Dans votre pratique, comment réagissez-vous face à une telle situation ?

Objectif : interroger l'infirmier sur son vécu lors d'une situation de violence, sur ce qu'il met en place personnellement

- **Question n°5**

Quels autres moyens, ressources pouvez-vous utiliser ?

Objectif : questionner l'infirmier sur les autres moyens possibles à la gestion de la violence (ressources du service, médicales, thérapeutiques...)

- **Question n°6**

Quel impact cette violence a-t-elle sur vous ?

Quel impact cette violence a-t-elle sur votre accompagnement auprès du patient ?

Quel impact cette violence a-t-elle sur l'équipe ?

Objectif : connaître les répercussions de la violence selon l'infirmier

ANNEXE III : ENTRETIEN N°1

1

2 Entretien effectué avec l'infirmière A, le 5 avril 2018 dans un service de psychiatrie aigue adulte.
3 Cet entretien a duré 23 minutes.

4 **Océane** : *Alors ma première question, donc c'est avant de commencer l'entretien, c'est pour*
5 *connaître un peu bah en quelques mots ton euh parcours professionnel ?*

6 **Infirmière A** : Ouais, donc moi euh donc je suis infirmière A c'est ce que je t'ai dit je suis diplômée
7 de juillet 2015. Donc moi suite à mes études je voulais absolument faire de la psychiatrie. Donc j'ai
8 fait que de la psychiatrie depuis que je suis diplômée. J'ai commencé en juillet 2015 en psy
9 chronique donc j'ai fait un remplacement de trois mois et demi en psy chronique et après je suis
10 en service aigue depuis octobre, mi-octobre 2015 donc j'ai fait psy chronique, psy aigue c'est tout.

11 **Océane** : *D'accord.*

12 **Infirmière A** : Voilà donc par choix puisque je voulais faire de la pédopsychiatrie moi à la base, je
13 voulais être chez les enfants, puisque pendant mon cursus scolaire, j'ai fait j'ai été à Winnicott.

14 **Océane** : *D'accord.*

15 **Infirmière A** : Et j'ai fait de la gérontopsy aussi mais je voulais être chez faire de la pédopsy, mais
16 bon, les places sont chères à Saint-Malo donc pour l'instant je suis là en psy aigue puis je m'y plais
17 très bien. Quand on sort de l'école, c'est formateur on va dire.

18 **Océane** : *Mmh d'accord.*

19 **Infirmière A** : Donc voilà pour mon cursus, que de la psychiatrie.

20 **Océane** : *Ah donc ma première question c'est donc, selon vous, dans votre pratique*
21 *professionnelle euh comment se manifeste euh la violence euh en psychiatrie ?*

22 **Infirmière A** : Donc la violence en psychiatrie a plusieurs euh modes hein de violence. Il y a la
23 violence verbale donc nous on est confronté quand même euh, c'est notre quotidien hein de, que
24 ce soit les insultes, les comportements donc dus à la maladie, parce que nous ici on a on reçoit
25 toutes pathologies, on reçoit que ce soit euh beaucoup de psychotiques, de la schizophrénie etc
26 mais il y a aussi des troubles du comportement, des carences éducatives affectives donc c'est vrai
27 qu'on a beaucoup (cris d'une patiente qui se trouve dans la chambre d'à côté) c'est notre quotidien.
28 Les cris là comme on entend c'est aussi quelque part c'est aussi de la violence euh qu'on doit
29 prendre en quotidien donc comme je vous disais donc beaucoup d'insultes euh de manque de
30 respect hein au niveau comportement et ce qui est aussi notre quotidien malheureusement c'est
31 la violence physique. Donc il y a il y a des moments où il y en a moins comme en ce moment chez
32 nous c'est un petit peu plus posé mais c'est quand même euh notre lot quotidien, parce qu'il faut
33 faire attention même s'il n'y a pas de violence physique euh tous les jours on est quand même
34 susceptibles euh ça peut partir à tout moment quoi si je peux m'exprimer comme ça. C'est euh faut
35 toujours rester prudent et pas forcément sur le qui-vive mais faire attention, parce que même sur
36 des patients dont on ne se méfierais pas euh en cinq minutes euh une euh une situation peut
37 basculer et il y a de la violence euh donc c'est vraiment notre quotidien, c'est euh c'est tous les
38 jours ouais.

39 **Océane** : *D'accord. Euh du coup ma deuxième question t'as un peu répondu en fait c'était la*
40 *violence vous semble-t-elle récurrente en psychiatrie ? donc j'avais euh quatre propositions donc*
41 *jamais, parfois, souvent et quotidiennement.*

42 **Infirmière A** : Ouais, bah c'est vrai que j'ai répondu (sonnerie de téléphone) sur sur la première
43 question euh excuse-moi hein, donc j'avais un peu répondu mais c'est vrai qu'il y va y avoir des
44 périodes où euh c'est ça va être plus ou moins calme entre guillemets. On va avoir, la violence je
45 veux dire des des petits mots pas sympas, des insultes, des des réflexions ça on va en avoir tous
46 les jours ça c'est certain. Après de la violence physique ça dépend de la population et des moments
47 donc c'est à nous on fait toujours attention (cris de la même patiente précédemment) donc c'est
48 comme je te disais il y a des gens qui peuvent euh décompenser euh sur euh cinq minutes, une
49 demi-heure, une heure mais la violence physique elle est quand même pas là euh je veux dire on
50 on va pas en chambre d'isolement on va pas euh se bagarrer entre guillemets, j'aime pas le mot
51 bagarrer mais on va pas avoir de violence ou de contact physique avec tous les patients tous les
52 jours quoi. Ça va pas être forcément tous les jours mais c'est quand même notre lot quotidien, de
53 reprendre euh quand un patient n'accepte pas euh d'être recadré entre guillemets pas les mots,
54 par il faut passer parfois aux gestes donc c'est quand même notre lot quotidien ouais, ouais.

55 **Océane** : *D'accord. Euh avez-vous donc euh déjà été confrontée à une ou plusieurs situations de*
56 *violence et si oui euh, pouvez-vous m'en parler ?*

57 **Infirmière A** : Donc euh oui hein ça c'est sûr, j'ai je vous le disez les violences verbales donc ça
58 c'est le quotidien, les violences physiques donc moi oui sur trois ans là presque de d'activité euh
59 j'en ai connu plusieurs hein on a parce qu'en service entrant on a des patients-là qui sont là depuis
60 quand même quelques années même je l'ai connais depuis toujours, qui font des allers-retours et
61 c'est vrai que euh on as eu, en tout cas moi j'ai vu euh prendre des coups de pied euh, j'ai vu j'ai
62 été en arrêt de travail (cris de la patiente) sur pas des gros arrêts de travail mais deux trois jours
63 euh pour des entorses, j'ai même pris, j'ai été cousue là à la lèvre, j'ai pris un crayon euh sur des
64 bah des jeunes souvent qui décompensent euh sur des crises, des frustrations, donc euh on euh
65 on, t'as travaillé aussi en psychiatrie, tu vois bien, on a une chambre d'isolement donc souvent
66 quand on accompagne les gens en isolement c'est ils sont souvent en crise donc c'est vrai euh
67 que là oui j'ai été confrontée à la violence physique. Dans des chambres aussi, je me suis retrouvée
68 enfermée dans une chambre, la personne ne voulait pas me laisser sortir donc là il a fallu rentrer
69 en discussion donc effectivement oui depuis trois ans j'ai déjà pris des coups euh c'est souvent
70 malheureusement, j'ai des collègues qui ont été en arrêt par des coups de pieds, des mises à terre,
71 ou quand il faut euh contenir quelqu'un, je te disais dans la chambre d'isolement, là oui là on prend
72 malheureusement souvent des coups, quand il faut contentionner quelqu'un, parce qu'on fait aussi
73 les contentions. Et c'est vrai que là on ça nous arrive de prendre des coups, ouais des gifles, des
74 coups qui partent euh des patients, alors il y les patients qui vont le faire exprès parce qu'on a
75 quand même des patients qui sont violents donc c'est des coups volontaires donc ça c'est encore
76 euh plus difficile à gérer pour nous euh psychologiquement et après il y a le patient en crise qui va
77 même pas se rendre compte, qui va même pas se rappeler euh le lendemain ou le sur lendemain
78 qu'il nous as tapé. Mais oui on prend oui coups de pied je te dis, crachats, coups de poing euh ça
79 nous arrive souvent malheureusement. Ça fait partie de notre travail enfin, même si on n'est pas
80 payés pour ça mais...

81 **Océane** : *Euh du coup, dans votre pratique, comment réagissez-vous face à de telles situations ?*

82 **Infirmière A** : Donc euh dans la pratique moi euh c'est vrai que quand tu arrives jeune diplômée
83 au début, j'ai j'ai été surprise qu'en psy chronique dans mon remplacement, mes remplacements
84 que j'ai fait, mon premier contrat, là il y a eu une grosse situation de violence où je me suis retrouvée
85 par terre euh avec une patiente sur moi euh qui après qui a eu d'autres violences sur moi pendant
86 ce mois-là. Donc là ça a été difficile parce que je n'avais pas encore l'expérience et en plus j'étais
87 en psychiatrie chronique donc c'est plutôt de la réhabilitation, là on est pas dans des sur des
88 patients en crise donc euh je m'attendais pas à ça, j'ai été surprise et du coup ma surprise, j'ai un
89 petit peu, j'ai mal géré cette situation enfin je veux dire ça m'a affecté, ça j'ai trouvé ça difficile. Et
90 puis après en fait avec l'expérience et puis ici en service aigu déjà on est une plus grosse équipe
91 et on est euh on est plus confronté à la violence qu'en service de psychiatrie chronique par
92 exemple. Donc c'est vrai je vais pas dire que je m'habitue à la violence parce qu'on s'habitue pas
93 la violence (cris de la patiente) jamais mais on arrive à la gérer mieux parce qu'on est très entouré
94 et aussi on apprend des techniques par des formations à se prévenir des violences, par exemple,
95 on va aller euh, je te donne juste des exemples comme ça, sur en chambre d'isolement, bah on a
96 des techniques d'arriver par exemple toujours les mains croisées ou comme ça on peut parer un
97 coup donc on apprend des des parce qu'avant on arrivait les mains comme ça (l'IDE se penche en
98 avant et avec les bras le long du corps), c'est facile de se faire atteindre aux yeux, donc on apprend
99 des petites techniques comme ça avec les anciens collègues ou avec euh bah le travail hein et
100 avec l'expérience on apprend à se protéger, soit même déjà et puis euh et d'appréhender le patient
101 aussi euh des choses qui peuvent apaiser un patient en crise, éviter parfois cette violence et quand
102 on y fait face bah faut ne pas répondre par la violence donc on apprend aussi des techniques
103 d'apaisement et après on débriefe, on en reparle aussi avec le patient, pour arriver à gérer, parce
104 que c'est pas toujours facile de venir au travail, d'être confronté à cette violence-là, que ce soit
105 verbale ou physique hein et de rentrer chez soi après on se dit bah j'ai pas fait trois ans de formation
106 infirmière pour me faire taper, me faire insulter, mais quelque part ça permet aussi de comprendre
107 un peu mieux la maladie du patient puisque ça fait partie de leur maladie malheureusement et de
108 débriefer bah que ça soit avec les médecins, l'équipe et à reparler avec le patient quand le patient
109 n'est plus en crise, ça permet aussi de le vivre un peu mieux et de pas prendre ça comme une
110 fatalité, faut pas prendre la violence comme une fatalité, c'est euh, ça fait partie de notre quotidien
111 mais c'est, faut savoir le gérer et l'affronter aussi quoi et de gérer cette crise-là faut pas la garder
112 pour soi, quand on pense que nous, parce que c'est vrai des fois on se dit bah mince qu'est-ce que
113 j'ai pu faire pour amener cette violence là ou qu'est-ce que j'ai pu ne pas faire donc ça permet de
114 remettre euh ton travail aussi en question, de beaucoup s'interroger mais faut surtout pas garder
115 pour toi quand il y a, parce que on on a des situations de violence (cris de la patiente) qu'on vit
116 moins bien parce que peut être qu'on a on a pensé avoir fait notre travail avec la personne ou on
117 a plus d'affinités, parce que c'est vrai malheureusement en psychiatrie, on a plus d'atomes parfois
118 avec certains patients qu'avec d'autres et donc ça fait encore plus mal, si je peux me permettre
119 entre guillemets quand on arrive à des situations de violence avec un patient qu'on a en charge,
120 avec qui ça se passe plutôt bien et on pense avoir progressé donc là euh ça c'est difficile à gérer
121 parfois psychologiquement.

122 **Océane** : *D'accord. Du coup donc vous m'avez parlé des techniques d'apaisement par exemple*
123 *euh est-ce-que vous voyez d'autres moyens ou ressources que vous pouvez utiliser euh par*
124 *l'équipe ou euh les ressources médicales par exemple ?*

125 **Infirmière A** : Ouais, pour gérer cette violence ?

126 **Océane** : *Oui.*

127 **Infirmière A** : Donc euh bah nous par exemple on a avec donc que ce soit déjà les formations,
128 donc euh les techniques d'apaisement, il y a autre chose hein on a la gestion de la crise, la gestion
129 de la crise suicidaire, on a aussi des des dans les gestes d'urgences une formation où on apprend
130 aussi à avoir des postures soignantes. Donc moi je n'ai pas fait la formation mais il y a une
131 formation qui existe par une équipe de l'UMD donc c'est les unités pour malades difficiles qui
132 viennent aussi euh faire une formation sur les techniques de défense face à des situations de
133 violence justement parce qu'aux UMD ils sont beaucoup plus encore plus que nous. Donc c'est
134 des techniques justement comme je te le disais tout à l'heure de de parages euh en fait c'est plus
135 de la prévention de la violence et il y a aussi des gestes qu'on peut faire euh en cas de crise et
136 vraiment d'attaques par exemple un patient va t'attaquer avec un crayon ou c'est souvent nous on
137 prend des coups de poing enfin ils veulent nous mettre un coup de poing on a des parages au
138 niveau des bras, des techniques vraiment de, un peu de self défense entre guillemets donc ça c'est
139 une formation qu'on peut faire aussi donc comme tout le monde l'a pas parce que tout le monde
140 ne peut pas faire la formation bah on se forme entre nous donc ça c'est avec les collègues. Après
141 on a aussi euh les ressources médicales on a nos psychiatres donc qui peuvent nous euh ou la
142 psychologue, qui parfois sur des grosses gestions de violence qui nous aident à nous apaiser, à
143 débriefier un petit peu et trouver des des solutions pour que les, pour que enfin si un jour on
144 rencontre les mêmes situations euh que les choses se passent différemment, comment gérer
145 autrement, et on a aussi nos psychiatres parce que nous ici dans le service on a un
146 comportementaliste donc euh il travaille beaucoup sur les comportements euh justement
147 d'agressivité verbale physique donc il nous apprend aussi des techniques, des reformulations euh
148 au niveau entretien. Quand on voit un patient qui est euh qu'on va bien que ça ne va pas partir,
149 quand il y a une tension sous-jacente et bah des techniques justement euh verbales pour
150 reformuler les questions ou faire je sais pas moi aller faire un tour dans le parc, on va essayer
151 d'apaiser des des de mettre en place des choses pour essayer d'éviter cette crise-là, cette
152 violence-là. Parce que c'est sûr qu'il y a des patients de toute façon on pourra faire ce qu'on veut,
153 quand la violence elle sort elle sort, mais quand il y a on sent qu'un patient la tension est sous-
154 jacente bah par des techniques donc comme je te disais, d'entretien, il y a aussi de la sophrologie
155 qu'on peut faire, on a des formations de toucher-massage aussi donc il y a certains patients, parce
156 que euh sur des schizophrènes on a du mal avec le euh le toucher corporel mais sur certains
157 patients ça peut aussi apaiser une crise, ça peut parer la violence, parce qu'on a vu des patients
158 aussi euh péter un câble en chambre et puis euh s'asseoir auprès de lui, d'avoir une technique un
159 peu de type plus douce, lui prendre les mains, le masser un petit peu bah ça calme aussi la violence
160 et ça évite la crise de majorer quoi en fait donc on a plein de petites techniques comme ça pour
161 parer à la violence, et après quand la violence elle est là, on a aussi des techniques pour se
162 protéger soi, protéger le patient et puis après on gère des fois c'est un peu au cas par cas et comme
163 on peut, malheureusement il y a des fois c'est faut faire un peu comme on peut. Et on a aussi le
164 service de sécurité aussi si vraiment en dernier recours on peut pas, parce que je, j'ai en tête
165 certaines situations, par exemple le soir on est que trois, quand il y a vraiment de la violence, qu'il
166 faut qu'on aille contentionner un patient euh on a des patients qui ont des problèmes de toxiques
167 dans la cour donc là vraiment pour gérer cette euh cette violence-là, quand vraiment c'est des
168 grosses crises on peut appeler la sécurité donc euh le pc sécurité chez nous qui viennent en renfort
169 dans le service. Donc ça c'est aussi un service quand quand c'est des grosses crises quoi, quand
170 on arrive plus à gérer.

171 **Océane** : *D'accord.*

172 **Infirmière A** : Donc là c'est aussi une ressource.

173 **Océane** : *Euh du coup ma dernière, mes dernières questions c'est plutôt sur les impacts de la*
174 *violence donc ma première question c'est donc euh quel impact cette violence a-t-elle sur vous,*
175 *personnellement ?*

176 **Infirmière A** : Alors moi je sur moi c'est justement un peu ce que je disais t'à l'heure c'est euh, bah
177 moi je suis rentrée en psychiatrie par choix donc euh je voulais vraiment, je voulais vraiment faire
178 ça comme métier, chez les enfants donc c'est vrai que chez les enfants, c'est pas la même
179 violence, ça peut aussi être très fort chez les ados notamment mais euh justement parfois c'est ce
180 que je disais t'à l'heure quand on a vraiment euh l'impression d'avoir fait son travail, d'avoir
181 progressé sur une prise en charge d'un patient euh l'a on a aidé à traverser sa crise et tout ça,
182 surtout je pense à certains jeunes ici chez nous, certains ados là, et qui puis là on est confronté à
183 de la violence d'un coup là j'ai beaucoup de mal parce que je j'ai l'impression d'avoir fait euh, on
184 est content, on a progressé dans la prise en charge, on a fait des progrès, la patiente est allée en
185 UMD, elle revient euh ça a servi, on retravaille un projet derrière et quand elle arrive à décompenser
186 pour euh une frustration ou des petites choses parfois, là j'ai du mal psychologiquement, je me dis
187 bah mince c'est pas vrai. Et des fois, ça pourrait euh, pas remettre en cause ma ma motivation
188 pour la psychiatrie mais des fois on arrive à la maison en se disant mais qu'est-ce que j'ai été faire
189 de venir travailler en psychiatrie, sur le moment parce qu'on est un petit peu découragé donc ça
190 peut amener du découragement, de la peur jamais, je n'ai jamais eu peur, jamais vraiment jamais
191 jamais depuis trois ans, on a eu des gros cas mais comme on est une bonne équipe, soudée etc,
192 je n'ai jamais eu peur, personnellement jamais. Mais ça peut amener un certain découragement,
193 une remise en question aussi sur sa pratique bon ce qui est plutôt positif parce que je trouve que
194 euh ça permet aussi de se remettre en question, parce que des fois la violence je pense que, ça
195 peut venir du soignant aussi hein. Des fois on est un peu fatigué, on ne prend pas les choses, on
196 est moins patients donc euh ça peut être euh une remise en question mais mais plus ouais des
197 fois de la déception, un petit peu de déception et puis la fatigue hein psychologique, parce que
198 c'est euh parfois on a des moments très difficile, ça dépend de la charge de travail du service mais
199 parfois quand ouais c'est tous les jours euh insulté euh manque de respect, de la violence
200 physique, par... c'est très fatigant. Ça c'est vrai que je m'aperçois quand même que euh c'est cette
201 violence-là quotidienne c'est très psychologiquement, très fatigant.

202 **Océane** : *D'accord, euh donc quel impact cette violence, selon vous, a-t-elle sur votre*
203 *accompagnement auprès du patient ?*

204 **Infirmière A** : Euh l'impact que ça peut avoir cette violence effectivement euh bah ça ça peut créer
205 bah ça peut casser, c'est pas que ça peut casser l'alliance thérapeutique, c'est un peu fort mais
206 parfois par la déception comme je le disais tout à l'heure bin ça peut arriver à mettre une certaine
207 distance ouais peut être, pendant un court laps de temps hein mais sur les jours qui vont suivre
208 euh une crise, par exemple on va avoir une crise de violence avec un patient le lundi, bah c'est
209 vrai que le mardi, forcément bah on va on va redébriefer ça avec la patiente aussi euh donc on va
210 être un peu plus mal à l'aise, ça va être euh, la patiente va être plus froide, le soignant aussi, il va
211 y avoir une distance qui va se créer, donc c'est vrai que ça remet en, un petit peu sur le les jours
212 qui suivent, un petit peu, ça remet en cause ouais la prise en charge, l'alliance qui pouvait y avoir
213 entre les deux donc euh là-dessus ça remet en cause ça. Après euh en général euh on revient
214 toujours quand même vers le patient, je veux dire c'est, on enfin, quand on travaille en psychiatrie
215 en général on aime ça, on n'est pas là par hasard quoi, donc c'est ça, c'est pas qu'on en veut pas
216 aux patients, parce qu'il y a des patients qui, moi je pense à un patient par exemple où qui m'a
217 frappé plusieurs fois, qui m'a craché dessus plusieurs fois, qui m'a insulté plusieurs fois. Ce n'est

218 pas pour autant que je vais pas, que je suis pas proche de lui aujourd'hui, que je vais pas le prendre
219 en charge comme je le dois et j'aime le prendre en charge, je veux dire, je vais tout faire pour
220 l'aider, mais sur le coup on est un petit peu, c'est pas de colère hein jamais, mais il me présente
221 ses excuses systématiquement mais je c'est ce que je lui dis, j'entends vos excuses mais c'est pas
222 pour autant que je les accepte. Donc ça remet aussi en question la prise en charge parce que, ça
223 arrive en prendre plus de distance aussi, à prendre en charge le patient différemment, qu'on le
224 prenait, parce que la distance thérapeutique aussi elle n'est pas forcément évidente donc euh ça
225 remet en, c'est en ça que ça remet en cause la prise en charge. On va se positionner différemment,
226 on va peut-être faire plus attention à certaines choses. Le patient aussi va, parfois les patients
227 changent, parce que euh ils sont violents, ils vont s'en excuser et ils vont aussi remettre en question
228 leur comportement, en se disant oui ce n'est pas normal pourquoi vous êtes pas là pour vous faire
229 taper, vous faire insulter. Donc euh, ça ça remet en cause toute la prise en charge, souvent. Après
230 il y a des prises en charge où on peut plus, je veux dire il y a des prises en charge où on est obligé
231 de passer la main aux collègues, on quand les prises en charge sont très très violentes, là euh on
232 va toujours à deux ou trois euh, ça peut compliquer une prise en charge, ça peut avoir un impact
233 euh violent, on a même vu des des collègues ne plus pouvoir prendre en charge un patient et
234 passer la main, faut savoir passer la main quand c'est comme ça, ou même faire changer des fois
235 un un patient de service, faire monter que ce soit en psy aigue ou en psy aigue, parce que ça se
236 passe c'est vraiment compliqué. Un patient qui a été violent euh, soit il se remet en question sur
237 son comportement et on avance ou il y a vraiment de la violence, de la violence pure dans un
238 moment de crise, là c'est difficile euh bah la prise en charge est difficile ouais.

239 **Océane** : *D'accord. Donc ma dernière question donc c'est sur l'impact également de cette violence*
240 *donc euh quel impact cette violence a-t-elle sur l'équipe en elle-même ?*

241 **Infirmière A** : Donc c'est vrai que c'est euh, on a de la chance en psychiatrie c'est que euh bah si
242 on ne peut pas débriefer dans le service là, on débrieфе euh nulle part je pense. Donc euh sur
243 l'équipe euh parce qu'on a pas toujours les mêmes points de, les mêmes points de vue, ce qui est
244 ce qui est parfois chiant mais c'est aussi riche parce que c'est vrai que on a tous notre point de
245 vue euh sur les prises en charge, sur la violence parce qu'il y en a, il y a, j'ai des collègues qui
246 n'acceptent pas du tout, qui le vivent très mal, qui se mettent en arrêt qui vivent très très mal,
247 d'autres enfin, par exemple moi, j'arrive à prendre du recul, peut-être du fait de mon âge aussi,
248 parce que tu vois j'ai 40 ans, donc c'est vrai que quand on se fait taper à vingt ans, on sort de
249 l'école, même-moi si je suis jeune diplômée, je pense qu'à vingt ans j'aurais, il y a des choses que
250 j'aurais pas accepté, que j'accepte à quarante ans. Donc euh sur l'équipe justement c'est cette
251 richesse-là d'avoir l'expérience de gens qui ont quinze ans de psychiatrie derrière eux hein, et euh
252 on peut beaucoup débriefer, et du coup sur ces prises en charge là, on va débriefer sur tiens bah
253 toi tu prendrais plutôt euh comment la personne en charge, puisque quand je lui parle comme ça,
254 elle va tout de suite m'insulter, euh si je la prend trop en frontal elle va être euh agressive, euh si
255 je la prend si je suis trop proche elle va aussi en profiter, donc on arrive beaucoup à débriefer et
256 mais l'impact sur l'équipe peut être très très douloureuse aussi. Parce que j'ai beaucoup de
257 collègues qui ont été euh parce qu'enfin euh enfin les garçons sont souvent sont hein même si on
258 est des filles, on y va il y a pas de problèmes mais euh, j'ai beaucoup de collègues qui ont été
259 tapés très fort, qui ont eu de lourds arrêts donc euh l'impact peut être très lourd sur une équipe
260 parce que déjà physiquement c'est des arrêts de travail donc c'est des changements de plannings,
261 c'est beaucoup de fatigue. Et puis mine de rien euh, ça crée des tensions quand même dans le
262 service quand on sait qu'il y a de la violence sous-jacente, qu'on a plusieurs patients en même
263 temps qui sont violents, bah on est tous un peu sur la défensive, on est plus fatigués euh, ça ça

264 met quelques fois des tensions aussi dans l'équipe parce que, malgré nous hein, mais euh, parce
265 qu'on a pas tous le les mêmes modes de fonctionnement, donc il y a, des fois ça peut créer, on
266 s'engueule jamais ici, ou alors on s'engueule mais ça dure pas longtemps, on, mais ça peut aussi
267 beaucoup créer des tensions dans l'équipe ouais, ça peut la fatigue, la tension euh, des conflits
268 hein qui vont pas durer longtemps comme je t'ai dit car on a la chance de pouvoir débriefer, ou
269 quand vraiment ça dure on va voir la cadre et puis on voit la psychologue et on s'explique, ça c'est
270 déjà vu aussi sur des gros gros cas de violences fortes. Donc euh ça a beaucoup d'impact sur
271 notre équipe mais on est quand même assez solidaire donc on arrive en général, enfin moi sur
272 trois ans euh d'expérience ici en psy aigue, il y a eu très peu de fois où vraiment l'équipe s'est
273 déchirée, mais les impacts vraiment importants c'est la fatigue, le découragement parfois euh et
274 puis des fois euh t'es à bout de solutions quoi, tu sais plus comment faire, donc ça là qu'on fait
275 appel au médecin et au psychologue ou à la cadre quoi mais surtout ce que je retiendrais c'est ces
276 trois impacts là, les plus important.

277 **Océane** : *D'accord. Euh du coup j'ai plus de questions donc euh est-ce que vous avez d'autres*
278 *points à aborder que vous pensez intéressant ou ...*

279 **Infirmière A** : Sur la violence euh dans nos prises euh en charge en psychiatrie, donc nan juste
280 bien faire comprendre aux gens que ce n'est pas une fatalité la violence en psychiatrie, que c'est
281 notre quotidien effectivement mais que qu'on arrive euh quand même euh à la gérer, c'est pas non
282 plus euh, parce qu'il y a des représentations sociales de la psychiatrie où c'est que des gens
283 asilaires qui se bagarrent etc. La psychiatrie c'est pas ça, et aujourd'hui on est en plus dans un,
284 dans une psychiatrie comportementaliste, réhabilitation donc où la gestion de la violence est
285 beaucoup, enfin ce n'est pas qu'elle est plus facile à gérer qu'avant mais on, on est peut-être un
286 peu mieux formés à ça quoi. Donc euh il y a de la violence en psychiatrie mais pas que et on arrive
287 à la gérer quand même.

288 **Océane** : *D'accord. Merci.*

289 **Infirmière A** : Je vous en prie.

ANNEXE IV : ENTRETIEN N°2

1

2 Entretien effectué avec l'infirmière B, le 5 avril 2018 dans un service de psychiatrie aigue adulte.
3 Cet entretien a duré 17 minutes.

4 **Océane** : *Donc ma première question donc c'est avant l'entretien donc c'est juste pour savoir en*
5 *fait ton parcours professionnel euh en quelques mots en fait ?*

6 **Infirmière B** : D'accord, bah je suis diplômée euh de mai 2009 et euh je me suis directement
7 orientée vers la psychiatrie donc j'ai simplement fait euh quelques mois de mai à octobre, j'ai été
8 sur le pool de remplacements de psychiatrie à Saint-Malo euh donc j'avais fait un peu de psy
9 chronique, psy aigue et après je suis arrivée en psy aigue en octobre 2009 et donc là on est en en
10 avril 2018 (rires) et voilà depuis je suis ici, j'ai simplement fait euh six mois euh comme expérience
11 aux urgences de psy en 2016 de Saint-Malo où là j'avais fait donc les urgences et un petit peu le
12 CMP (centre médico-psychologique) pendant six mois.

13 **Océane** : *D'accord. Donc ma première question donc c'est euh selon vous, donc dans votre*
14 *pratique professionnelle euh comment se manifeste la violence euh en psychiatrie ?*

15 **Infirmière B** : Alors elle peut prendre plusieurs euh formes, il y a la violence euh verbale (silence)
16 violence verbale, violence physique euh (silence) et puis après les situations de tensions mais
17 vraiment pour la violence ouais plutôt verbale et physique donc verbale il y en a régulièrement hein,
18 je pense tous les jours et physique c'est beaucoup plus, beaucoup plus rare. C'est assez rare que
19 ça aille vraiment, qu'il y ai vraiment une altercation vraiment physique, il y a des, on essaie de, bah
20 on a un peu les petits signes et de avant pour désamorcer la situation avant que ça arrive, le
21 passage à l'acte physique, oui.

22 **Océane** : *D'accord. Donc euh selon toi, la violence euh te semble-t-elle euh récurrente en*
23 *psychiatrie ? Donc là en fait, j'ai quatre propositions donc jamais, parfois, souvent ou*
24 *quotidiennement ?*

25 **Infirmière B** : Ouais, bah pour tout ce qui est violence verbale euh donc euh menaces, insultes
26 euh c'est quotidien et euh physiquement euh (silence), je dirais parfois quand même, pas rarement
27 parce que ça arrive quand même peut être une fois par trimestre ou ouais (silence), parfois.

28 **Océane** : *D'accord euh donc euh avez-vous déjà été confrontée à une ou plusieurs situations de*
29 *violence et si oui euh, pouvez-vous m'en parler ?*

30 **Infirmière B** : Ouais. Oui plusieurs hein, plusieurs, j'ai euh pfff moi j'ai subi mais ce n'était pas des
31 grosses situations, j'ai pris des coups, j'ai pris deux deux coups de poing quand j'ai débuté surtout.
32 Alors euh et c'était finalement plutôt des des erreurs de ma part en fait, des vraiment des erreurs
33 de débutants donc il y avait, une fois c'était une patiente qui était angoissée qui voulait voir euh le
34 psychiatre, qui voulait absolument une réponse et donc à chaque fois je différais parce que le
35 psychiatre ne voulait pas la voir sauf que elle c'était pas rassurant pour elle et puis à un moment
36 donné bin il y a un coup de poing qui est parti (rires) et avec le recul je me suis dit que j'aurais pu
37 gérer les choses d'une autre manière quoi, j'ai pas senti la violence venir et il y avait eu une autre
38 situation où j'avais du décontenancer un patient, on était que deux dans la pièce et quelqu'un qui
39 n'était pas présent à côté de moi, enfin qui était pas assez proche, du coup le patient lui c'était des

40 coups des coups de pied qu'il m'a donné quand je l'ai décontenonné, il relevait son pied donc bon
41 c'était pas très violent quoi mais il testait en fait.

42 **Océane** : *D'accord.*

43 **Infirmière B** : Quand on débute c'est vrai qu'il y a plutôt des situations comme ça ou quand ils
44 sentent que le soignant en face n'a pas l'assurance, on est pas rassurant pour eux, et bin ça peut
45 engendrer, faut qu'ils expriment leurs angoisses d'une autre façon. Et par contre vu ouais, j'en ai
46 vu euh, j'en ai vu pas mal euh dernièrement j'ai vu deux collègues, je pense que t... t'étais je ne
47 sais pas si t'étais là en stage ou pas à ce moment-là.

48 **Océane** : *C'est possible ouais.*

49 **Infirmière B** : (rires) Et donc euh, deux collègues qui sont, il y avait un patient qui était en chambre
50 d'isolement, qui était arrivé la veille, qui était délirant euh mais qui était pas agressif du tout et euh
51 sauf que les collègues sont rentrés dans la chambre d'isolement euh le patient s'est présenté bien,
52 a voulu leur serrer la main, dire bonjour et en fait brutalement a donné un coup de coude au visage
53 d'un collègue et après ça a été un enchaînement euh il y a eu euh une une altercation qui a duré
54 peut-être vingt minutes où vraiment le patient se défendait, les collègues étaient à deux dessus, le
55 temps que nous on entend, qu'on puisse intervenir ça a été long et donc il y a un collègue là qui
56 a eu euh des côtes cassées et l'autre qui a eu euh des des lésions au visage, ils ont été arrêtés un
57 moment tous les deux. Donc là vraiment c'est dans un contexte délirant. L'année dernière j'ai aussi
58 eu une autre collègue où là c'était un patient autiste, qui, pareil était en chambre d'isolement et de
59 manière imprévisible s'est mis à lui tirer les cheveux, c'est, ouais, c'était assez violent aussi, ça a
60 duré aussi, donc c'était complètement un autre contexte parce que là c'était un patient qui parlait
61 pas, qui ne pouvait pas s'exprimer, voilà, donc ça c'est pour les deux plus récentes. Après euh
62 (silence, rires).

63 **Océane** : *D'accord. Donc euh, par rapport aux situations de violence donc dans ta pratique,*
64 *comment tu réagis face à une telle situation ou ces situations ?*

65 **Infirmière B** : Oui. Au niveau professionnel qu'est-ce que je vais mettre en place ou... ?

66 **Océane** : *Ouais.*

67 **Infirmière B** : Bah c'est un peu ce que je te disais tout à l'heure, on va, avec l'expérience on va
68 on va (silence) on va réussir à évaluer un peu euh voilà est-ce que là il y a un potentiel de risque
69 de violence chez ce patient euh voilà on va, donc il va y avoir beaucoup d'observation, en amont,
70 déjà beaucoup observer les patients. Si on sent un patient tendu et bin on va aller euh en devant
71 en fait on va pas laisser la situation s'empirer et le laisser euh avec sa tension interne quoi donc
72 euh on va essayer, alors après on a chacun nos manières de faire mais euh on (silence) on va on,
73 déjà on la première chose c'est qu'on prévient l'équipe, bon bah moi j'ai observé que que tel patient
74 est tendu attention euh voilà et après selon c'est des enfin, ça dépend vraiment du patient, soit on
75 peut y aller plutôt en relation duelle tout en ayant prévenu les collègues, qu'ils soient pas loin,
76 qu'ils observent, parce qu'on sent qu'avec ce patient là ça passe bien ou que voilà que les choses
77 peuvent se désamorcer plutôt avec de la réassurance avec euh voilà ou soit si on sent que vraiment
78 ça monte, ça monte et que c'est plutôt un patient qui est dans la revendication, qui va plutôt euh
79 qui men... qu'il indique qu'il est déjà au stade de menaces que donc il veut sortir, il menace de tout

80 casser, ça arrive bah là on y va pas tout seul (rires) on y va, on y va à plusieurs et puis il y a, ce
81 qui est important moi je pense c'est un qui parle essentiellement, deux max mais qu'on soit pas
82 tous à parler parce que là ça rajoute euh de bah du cafouillis dans la situation, les choses sont
83 pas claires, ça angoisse à nouveau le patient, on va, une personne qui va parler avec le patient et
84 après selon la situation voilà souvent on est en groupe soit si vraiment on sent qu'il y a un risque
85 de passage à l'acte imminent on y va à plusieurs quoi. Et du coup ta question de départ c'est quoi
86 parce que...

87 **Océane** : *Euh, dans votre pratique, comment réagissez-vous face à une telle situation ?*

88 **Infirmière B** : Donc voilà déjà observer, apaiser les choses euh verbalement et puis après bah euh
89 si besoin on peut proposer au patient un traitement aussi si on en a euh on peut aussi lui proposer
90 de s'isoler des autres patients donc en allant dans sa chambre euh voilà, essayer de mettre de
91 mettre en place avec lui des alternatives pour voilà, si il y a une euh, il faut essayer de comprendre
92 pourquoi il est tendu, si on sent qu'il est tendu c'est qu'il y a une raison derrière, donc déjà
93 comprendre ça pour désamorcer quoi.

94 **Océane** : *D'accord. Est-ce que tu vois d'autres moyens ou ressources que tu peux utiliser donc*
95 *euh que ce soit par exemple par le biais de du service, de l'environnement ou bah les ressources*
96 *médicales euh par exemple ?*

97 **Infirmière B** : Ouais. Bah ouais bah les moyens c'était un peu ça déjà isoler le patient, le mettre
98 dans un endroit calme, parler un peu avec lui euh les traitements si on en a et si on sent que c'est
99 nécessaire après un entretien euh si il y a pas de traitements ou si on sent que c'est insuffisant on
100 n'hésite pas à appeler le psychiatre de garde hein, là tu vois on l'a encore fait hier euh pour un
101 patient qui venait d'entrer et qui était très tendu et qui venait d'être vu aux urgences mais il y avait
102 pas de si besoin. Voilà on laisse pas les choses se s'envenimer euh après il y a d'autres situations
103 mais là ça va être plus pour être, pour nos patients qu'on connaît bien, par exemple euh des tu
104 vois proposer des exercices de respiration, des exercices un peu plus de relaxation mais ça va
105 être vraiment sur certains patients parce qu'on sait qu'ils sont réceptifs à ça, on va, en service
106 d'admission c'est quand même plus compliqué, on va pas faire ça à un patient qui est rentré le jour
107 même qui est tendu lui dire de respirer, ça va le faire euh voilà mais par contre pour nos patients
108 qui sont là au plus long court, il y en a quelques-uns pour qui ça fonctionne donc ouais exercices
109 de relaxation euh ou alors nous ce qu'on a par contre qui fonctionne bien aussi pour nos jeunes
110 patients c'est, c'est qu'on a une salle de sport là avec un *punchingball* voilà donc euh ça pour
111 certains patients aussi on va leur proposer ça, et ça ça fonctionne bien aussi.

112 **Océane** : *D'accord.*

113 **Infirmière B** : En fait essayer de les décentrer de cette violence quoi d'essayer de les faire se
114 concentrer sur autre chose et puis puis d'expulser cette violence de manière différente.

115 **Océane** : *D'accord. Donc les prochaines questions c'est plus sur les répercussions en fait de la*
116 *violence donc la première c'est euh donc quel impact cette violence a-t-elle euh sur toi,*
117 *personnellement ?*

118 **Infirmière B** : Ouais euh moi ce n'est pas ce qui me fait le plus peur la violence, j'ai, à la limite je
119 suis plus euh (silence), je suis plus en difficultés avec les passages à l'acte des patients sur eux-

120 mêmes que sur euh voilà. Il y a, après ce qui est difficile c'est euh enfin je repense à mes, des
121 situations que je t'ai dit tout à l'heure où la collègue s'est fait tirer les cheveux et les deux collègues
122 qui donc il y en a un qui a eu les côtes cassées euh là de voir les collègues se faire frapper c'est
123 ça c'est très difficile et d'être impuissant en fait, là on là c'est très difficile et du coup il y a beaucoup
124 de remise en qu..., bah en fait il y a le choc euh dans un premier temps et puis euh et puis après
125 la remise en question derrière enfin qu'est-ce que j'aurais pu faire de mieux ? je suis passée à côté
126 de quelque chose et ouais ça chemine quand même euh ouais c'est, à la limite quand c'est sur
127 nous je trouve que c'est différent parce que euh on sait ce qu'on a pas bien fait ou ce que mais
128 quand c'est sur les collègues et qu'on se sent impuissant et que on est à côté là c'est plus difficile.
129 Donc c'est important après de pouvoir en reparler a entre nous quoi entre collègues parce qu'on a
130 tous des ressentis différents et ouais mais ouais et puis pour pas qu'il y ait une peur qui grandisse
131 quoi mais... (silence).

132 **Océane** : *Après c'est plus euh au niveau de euh l'accompagnement auprès du patient en fait, quel*
133 *impact ça peut avoir euh cette violence sur euh sur le suivi du patient et sa prise en charge ?*

134 **Infirmière B** : Oui euh (silence) bah au départ c'est euh il y a forcément un peu plus, nous euh
135 souvent un peu plus de distance euh mais enfin tout en distance professionnelle mais on ne va
136 pas par exemple si c'est quelqu'un qui a réellement été violent bah il risque d'être euh traité, parfois
137 contentonné donc euh et nous il y aura un peu de méfiance, on va mettre, on sait qu'il y a eu un
138 passage à l'acte déjà physique donc euh on va pas le décontentionner comme ça voilà. Donc ça
139 c'est pas évident pour euh le patient parce que même si c'est dans un moment délirant et que à
140 un moment donné on voit qu'il y a moins d'idées délirantes bah on c'est vrai qu'on a toujours une
141 méfiance à se dire attention il peut être imprévisible euh il a déjà cassé la figure à tel collègue enfin
142 je pense au patient à qui c'est arrivé et forcément on va être un peu plus frileux à décontentionner
143 tout de suite, on va vouloir être sûre que il soit voilà, donc euh il y a ce côté-là au départ où ou voilà
144 on est peut-être un peu plus sur nos gardes. Après dans la relation en elle-même au patient je
145 pense que euh c'est c'est pareil, ça dépend je pense aussi du contexte, quand c'est un patient
146 délirant on on sait que malheureusement ça fait partie de des risques quoi et que le patient y bien
147 souvent il s'excuse après et il est désolé de ce qui s'est passé et lui était dans une telle souffrance
148 à ce moment-là que voilà il, pour ce patient là il se sentait attaqué par *Dragon Ball Z*¹⁰³ enfin c'était
149 un truc et enfin c'est tellement angoissant pour lui que euh il a réagi dans dans cette situation telle
150 que, c'est-à-dire qu'il l'a vécu quoi donc il se défende, donc nous ça change ri... enfin voilà à part
151 qu'on va être vigilant on va se dire attention lui quand il est délirant il peut il peut passer à l'acte
152 euh on va pas on va pas mettre de distance ça va ri..., il y a pas, ça fausse pas la relation de
153 confiance avec lui ou voilà. Par contre ce qui est important c'est de pouvoir le reverbaler avec lui,
154 ça on fera toujours, ou quand on quand on va le revoir après euh tant que lui n'a pas euh n'a pas
155 pu verbaliser sur ce qui s'est passé, n'a pas pu admettre ce qui s'est passé, nous on va pas le
156 lâcher là-dessus, on va lui dire est-ce que vous vous souvenez ? Est-ce que... voilà c'est important
157 qui bah qu'il se rende compte voilà un peu de ce qu'il y a eu.

158 **Océane** : *D'accord.*

159 **Infirmière B** : Et après pour les autres patients par contre qui sont non délirants et euh, je pense
160 à plutôt ceux qui ont des comportements un peu psychopathique et ou pervers euh là c'est vrai
161 que qu'il peut y avoir plus de euh (silence) ça peut être plus difficile pour nous alors on essaie

¹⁰³ Série d'animation avec des affrontements entre des personnages, la présence de guerres

162 toujours de d'être soignant et de garder une distance soignante mais peut être qu'on peut avoir
163 une un contact un peu plus froid je pense que c'est naturel, c'est humain aussi quoi mais je pense
164 que voilà pour les patients délirants on arrive sans souci à retourner vers le patient et pour les
165 patients où on sent qu'il y a plus de, que c'est plus sous le coup de suite à une frustration, il passe
166 à l'acte ou voilà là après on essaie d'être encore d'avantage cadrant quoi.

167 **Océane** : *D'accord. Euh donc là c'est ma dernière euh question donc au niveau des impacts*
168 *également donc euh est-ce que tu penses que la cette violence en fait des patients peut avoir un*
169 *impact euh sur l'équipe en elle-même ?*

170 **Infirmière B** : Ouais, ça euh (silence) oui ça a un impact, quand tu vois tes collègues bah t'es déjà
171 affecté de voir euh des collègues qui se sont fait frappés, ça inquiète, ça inquiète pour les collègues
172 donc ça, toute l'équipe se remet un peu en question, souvent le sentiment qui sort au final c'est de
173 la colère, c'est souvent ça la colère par rapport aux conditions d'hospitalisations, par rapport aux
174 aux effectifs et aux voilà à la surpopulation enfin. Moi ce que j'ai vécu à chaque fois qu'il y a eu de
175 la violence euh voilà il y a d'abord l'inquiétude, après, mais au final on en arrive surtout à un
176 sentiment de colère avant que les choses s'apaisent donc euh ouais euh après je pense ça peut
177 plutôt ressouder une équipe que la diviser enfin je en tout cas dans l'expérience que j'ai eu c'est
178 plutôt, ça ressoude l'équipe par contre ça nous, il faut (rires) un ennemi commun j'allais dire entre
179 guillemets mais enfin quelqu'un sur qui reporter notre colère et du coup voilà souvent c'est sur les
180 conditions... après, (silence) oui mais sinon nan je vois pas plus d'impacts, ça ressoude je pense...

181 **Océane** : *Ce serait plus bénéfique ?*

182 **Infirmière B** : Oui, faut être solidaires, pour la violence réellement physique...

183 **Océane** : *Ouais.*

184 **Infirmière B** : Pour ce qui est de la violence verbale et de des menaces là ça peut au contraire
185 plutôt diviser parce qu'un patient peut-être euh plutôt, enfin je pense à nos patients non délirants
186 mais plutôt euh, qui vont plutôt cliver l'équipe, qui vont plutôt être dans la manipulation, ils vont
187 aller insulter certains enfin, ils vont obtenir certaines choses de bah de certains collègues et que
188 d'autres collègues ont refusés du coup ils vont se montrer insultant avec ceux qui refusent, donc
189 là par contre ça peut euh diviser un peu un peu l'équipe quoi.

190 **Océane** : *D'accord.*

191 **Infirmière B** : Je pense plus ouais, plus les patients qui clivent ou qui vont savoir qui insulter, il y
192 a des patients qui ciblent bien hein, qui insultent et ouais donc là ça peut il peut y avoir un sentiment
193 d'injustice, un sentiment de bin de qu'on n'a pas toute la même prise en charge et du coup là ça
194 peut diviser un peu les équipes.

195 **Océane** : *D'accord.*

196 **Infirmière B** : Mais vraiment la violence physique j'ai plutôt vu au contraire ça ressoude.

197 **Océane** : *Donc ma question elles sont finies donc c'était bah juste si t'a quelque chose à rajouter*
198 *d'autre euh dans la réflexion que tu as apportée ou...*

199 **Infirmière B** : Ouais euh (silence) euh bah c'est surtout ça que quand il y a il ne faut pas rester en
200 fait mais pour quelques situations que ce soit en psychiatrie, que ce soit de la violence euh ou alors
201 euh bah des passages à l'acte des patients ou voilà quand on débute ou quand on est stagiaire, il
202 faut pas rester avec ça pour soi, il faut vraiment réussir à en parler à en à en parler à un ou deux
203 collègues ou voir la psychologue du service et parce qu'il y a pas toujours des réunions de faites,
204 faut pas se leurrer, j'en ai pas connu beaucoup de réunions euh suite à des à des évènements
205 dans le service, par contre entre nous on en parle beaucoup et ça c'est important parce que des
206 fois on a l'impression d'être tout seul avec euh avec ce qu'on ressent et en fait en en parlant on se
207 rend compte bah que tel collègue il a les mêmes inquiétudes mais qu'il a pas osé aussi les exprimer
208 et euh quand on en parle euh bah ça s'évapore après, il ne faut pas rester avec des petits
209 traumatismes comme ça qui s'accumulent et qui, au bout d'un moment, donc ça peut biaiser la
210 relation au patient ou si on arrive avec la boule au ventre, ouais donc surtout bien exprimer quand
211 il y a des (rires) des petits traumatismes comme ça.

212 **Océane** : *D'accord, merci.*

213 **Infirmière B** : Bah de rien (rires).

ANNEXE V : ENTRETIEN N°3

1

2 Entretien effectué avec l'infirmière C, le 7 avril 2018 dans un service de psychiatrie chronique
3 adulte. Cet entretien a duré 22 minutes.

4 **Océane** : *Donc avant de commencer l'entretien, je voulais savoir en fait ton parcours professionnel*
5 *en quelques mots ?*

6 **Infirmière C** : D'accord donc euh je suis diplômée depuis plus de vingt ans euh j'ai travaillé à
7 l'étranger en médecine interne pendant quelques années et ensuite je suis arri... je suis j'ai travaillé
8 en psychiatrie euh malouine depuis environ maintenant euh dix-huit ans euh donc euh tout types
9 de services, services d'accueils, services euh d'urgences euh au CMP, CATT (centres d'accueil
10 thérapeutique à temps partiel), services de psy chronique, psy chronique enfin j'ai été dans tous
11 les services, et je suis depuis quelques années dans le service de psy chronique.

12 **Océane** : *D'accord. Euh donc là on va pouvoir commencer les questions euh un peu plus concrètes*
13 *donc là selon vous euh dans votre pratique professionnelle, comment se manifeste euh la violence*
14 *en psychiatrie ?*

15 **Infirmière C** : (silence) Alors comment se manifeste la violence en psychiatrie (silence) par de
16 l'agressivité verbale hein euh (silence) parfois par des agressions euh sur le personnel, sur les
17 patients, sur les autres patients donc de l'agressivité de l'hétéro agressivité euh de l'auto
18 agressivité aussi euh donc la violence sur sur le patient lui-même hein euh avec euh bin ça peut
19 être des tentatives de suicide mais ça peut aussi être des des blessures sur le corps euh voilà ça
20 peut être euh (silence) tout un tas de choses (rires). Tu poses plusieurs questions ou tu poses
21 qu'une question et après c'est moi qui développe ?

22 **Océane** : *Euh plusieurs questions ouais.*

23 **Infirmière C** : D'accord ok, ok.

24 **Océane** : *Euh donc là ma deuxième question donc c'est la violence vous semble-t-elle récurrente*
25 *en psychiatrie ? Et donc là j'ai quatre propositions de réponses donc jamais, parfois, souvent et*
26 *quotidiennement.*

27 **Infirmière C** : (silence) Et bien ça dépend des circonstances, en fait parfois c'est quotidien en tout
28 cas c'est récurrent, voilà.

29 **Océane** : *D'accord.*

30 **Infirmière C** : À l'heure actuelle.

31 **Océane** : *Oui. D'accord donc euh est-ce que vous avez déjà été confronté à une ou plusieurs*
32 *situations de violence ? Et si oui euh pouvez-vous m'en parler.*

33 **Infirmière C** : Oui oui j'ai été confrontée à des situations de violence donc est-ce que ouais donc
34 euh plusieurs fois (silence) euh faut que je j'en parle de plusieurs situations ou...

35 **Océane** : *Oui.*

36 **Infirmière C** : Ouais plusieurs.

37 **Océane** : *Ou plusieurs.*

38 **Infirmière C** : D'accord (silence) donc je ça m'est arrivé effectivement de d'être frappée voilà euh
39 (silence) injuriée oui (rires) menacée de mort aussi euh (silence) voilà autrement euh il m'est arrivée
40 déjà des situations d'urgences, de de violence aussi euh ou ce n'était pas moi qui était
41 particulièrement incriminée c'était voilà euh où il fallait aider, ou fallait faire un travail d'équipe euh
42 pour euh pour gérer la personne qui était euh agressive (silence).

43 **Océane** : *D'accord. Euh du coup dans votre pratique euh comment réagissez-vous face à des*
44 *situations de de violence au moment où elles arrivent ?*

45 **Infirmière C** : Alors c'est très flottant, bah déjà, quand elle arrive donc euh pas pas on ne parle
46 pas de prévention pour l'instant ?

47 **Océane** : *Vous pouvez aussi.*

48 **Infirmière C** : Ouais, ouais donc euh bah disons, on essaye, moi je j'ess... enfin on essaye euh
49 j'essaie aussi de de de quand une personne étant tendue d'assurer un environnement sécurisant.
50 C'est-à-dire que euh s'il est énervé, s'il est tendu, s'il est anxieux, s'il délire euh si c'est difficile de
51 rentrer en contact avec lui, et bah on on va essayer de euh d'avoir euh des paroles douces euh
52 apaisantes euh d'essayer de de de de le mettre dans des situations réconfortantes où il n'y a pas
53 de stress euh euh le moins de stimulus stimulés possibles autour de lui et euh de pas aller trop le
54 titiller quoi, voilà. Alors si malgré tout ça monte et que la personne devient violente bah c'est pareil
55 on essaye de, parfois d'être euh d'être euh mmh posés euh d'avoir une voix calme etc tranquille,
56 apaisante, ça peut aussi désamorcer un peu le l'agressivité, aussi faut, j'essaie de mettre une
57 distance hein tu tu te colles pas à la personne euh tu la touches pas, tu tu tu tu mets une distance
58 suffisante euh voilà par rapport à cette à la personne, et tu te mets un petit peu de biais voilà mais
59 par contre tu comme restes quand même bien flanqué sur tes tes deux jambes pour te montrer
60 quand même que tu es là, que tu, que la personne peut compter sur toi (silence) voilà. Autrement,
61 si ça si la personne devient agressive euh (silence) et bin on s'enfuit (rires). Si la personne
62 commence à être violente à vouloir frapper parce que parfois c'est vrai que bin voilà il y a de la
63 violence qui s'exprime euh bah faut essayer de pas être seul déjà, jamais seul, donc plusieurs
64 personnes, à plusieurs et puis bah on essaye de contenir la personne de de l'accompagner dans
65 sa chambre euh voilà qu'elle s'apaise etc et si vraiment c'est trop fort, si vraiment il y a trop
66 d'agressivité euh de violence on on peut donner un traitement, gouttes ou injection, donc là il faut
67 être plusieurs hein voilà, trois quatre personnes euh donc parfois la personne accepte voilà et
68 d'autres fois elle accepte pas donc euh faut faut maintenir la personne euh sur son lit pour euh
69 faire l'injection hein et puis d'autres fois bin, pas ici mais en services d'entrants de mettre la
70 personne en chambre de en CSI (chambre de soins intensifs) hein voilà.

71 **Océane** : *D'accord. Euh bah ma prochaine question c'est ça reste dans la même euh dans le*
72 *même sujet c'est s'il y avait eu d'autres moyens ou ressources que vous pouvez utiliser, mais vous*
73 *en avez déjà parlé un peu c'est bah les ressources thérapeutiques avec la médication et puis euh*
74 *ressources du service avec notamment la chambre d'isolement.*

75 **Infirmière C** : Ouais et puis il y a aussi comme ressources euh ouais de bon ici on a la chambre
76 la chambre d'apaisement-là qui vient de se faire on l'a jamais utilisé, après pourquoi pas hein,
77 pourquoi pas, mais je pense que ça marche pas dans tous les cas, ça dépend des des
78 pathologies, des besoins des des gens, parce que des fois où il y a des gens qui, des patients je
79 pense en services d'entrants où ils sont dans une telle phase aiguë, tellement mal que de toute
80 façon, voilà ça, c'est un moyen défensif pour eux, c'est pas du tout euh, c'est involontaire hein.

81 **Océane** : *Et du coup euh quand vous arrivez à euh voilà à être face à une situation de violence*
82 *euh personnellement, euh je veux dire au niveau euh émotions etc qu'est-ce que vous pouvez*
83 *ressentir euh face à à ces situations-là ?*

84 **Infirmière C** : Bah une décharge d'adrénaline, de la peur, des palpitations euh (silence) ouais voilà.

85 **Océane** : *D'accord, donc là on arrive à ma dernière question en fait elle est divisée en trois donc*
86 *c'est au niveau du coup des des différents impacts de cette violence. Donc la première c'est euh*
87 *donc quel impact cette violence a-t-elle bah sur vous ?*

88 **Infirmière C** : Alors, ça ça dépend des circonstances, moi j'ai horreur de la violence, ça c'est un
89 truc euh j'ai commencé à travailler en psychiatrie mmh c'est pas la violence qui m'a qui m'a attiré,
90 ça m'a euh voilà, mais je trouve qu'aujourd'hui il y a plus de violence c'est vrai, vraiment, euh donc
91 du coup, dans le passé j'ai j'ai j'ai déjà été déplacée enceinte voilà parce que voilà j'étais enceinte
92 euh et bin effectivement l'impact il est fort quoi, parce que les émotions sont décuplées et là il y a
93 vraiment la peur, y a la peur sur sa vie vraiment ça m'est arrivé, donc là j'avais été déplacé de
94 service d'accueil dans un service plus chronique, voilà donc c'était une première réponse, donc
95 c'est un impact ouais, difficile quoi quand quand dans un état de grossesse euh émotionnellement
96 j'arrive plus à gérer, donc ça avait conduit à un arrêt de travail temporaire le temps de trouver une
97 solution voilà euh ensuite euh (silence) donc euh la violence physique quand il y a il y a ya un coup
98 ça m'est déjà arrivé de recevoir une baffe une fois, j'aime pas, j'ai horreur de ça, ça c'est un truc
99 ça me, ça me fait violence, je le subi vraiment comme une agression, c'est, j'avais pas eu mal, rien,
100 mais c'était euh, c'était comme une blessure quoi, c'est vraiment hein ouais euh (silence). Euh,
101 ensuite euh aujourd'hui l'impact euh de la violence quand elle est quotidienne, quand on sait qu'il
102 y a un danger, et bien, ça engendre du stress, euh actuellement je j'ai pas j'ai pas peur dans
103 les cas de violence parce que je sais que je peux compter sur une équipe, je suis dans une situation
104 où je j'ai pas peur où voilà on se met en position, en fait on se connaît, on aujourd'hui avec
105 l'expérience, je je sais quand ça va, quand ça va clasher, ça on sent donc euh quand c'est arrivé
106 voilà on voit les collègues on dit pas ok, donc on essaie de prévenir hein en prenant la personne
107 en particulier, on on attend pas que qu'y ai clash ouais donc euh donc du coup là tu tu subis pas
108 la violence quoi physiquement mais malgré tout parfois bah faut contenir la personne euh mais
109 on est plusieurs donc euh bon ça se passe plutôt bien donc voilà, dans les voilà, ça se passe bien
110 en ce qui me concerne mais d'autres fois c'est vrai qu'il m'est arrivé de de de de de rencontrer des
111 personnes qui d'une façon pff presque gratuite étaient violentes, nous ont agressé hein, les
112 collègues et moi et là on a pas senti venir parce que bin parce que voilà, il n'y avait pas de signes
113 avant-coureurs et c'était plutôt de la provocation en fait c'était une recherche ouais, voilà euh
114 (silence). Ouais du coup là c'est pff (silence), c'est un stress ouais il y a des palpitations euh euh
115 c'est pas très c'est pas très agréable et puis dans dans ces circonstances là il y a eu des menaces
116 de mort donc euh bon, du coup l'impact n'est pas top ouais (rires), du coup ça ouais, ça fait du mal
117 quoi, ça fait du mal, euh donc effectivement ça a un impact à ce niveau-là, sur le moment mais ça
118 a aussi un impact sur ma vie personnelle, bah sur la vie familiale aussi parce que bin à la maison

119 on en parle, au mari etc au conjoint, et les enfants ils entendent (rires) donc euh les enfants en ont
120 marre, les enfants ont peur, de ce fait là, moi mes enfants, pour eux mon travail c'est c'est un sale
121 métier (rires) enfin c'est étonnant mais parce qu'ils retiennent pas ce qui est positif et c'est vrai que
122 je me décharge sur mon mari certainement donc euh euh moi j'ai la chance de pouvoir parler à
123 mon mari, peut-être que tout le monde n'a pas la chance-là euh donc euh du coup bah les enfants
124 écoutent et euh pour eux c'est un métier euh il y a des gens qui sont pas gentils toujours voilà.

125 **Océane** : *D'accord (silence). Euh donc la prochaine question donc c'est quel impact cette violence*
126 *a-t-elle sur votre accompagnement auprès du patient ?*

127 **Infirmière C** : Alors (silence) parfois la euh il y a pas d'impacts négatifs, des fois il y a de l'impact
128 négatif, c'est-à-dire que pour certaines personnes euh (silence) il y a moins de compassion, voilà
129 l'empathie, il y en a plus (silence, rires) voilà il y en a plus, pour certains patients euh et pour
130 d'autres ça change rien en fait, pour d'autres ça change rien parce que quand on sait que ça fait
131 partie de la maladie à un moment donné euh à un moment de délires intenses euh où la personne
132 n'est plus consciente de ce qu'elle fait, alors ça euh voilà il y a toujours de l'empathie, et justement
133 dans ces cas-là euh on va on ça le fait d'être de rester empathique euh bah être compréhensif,
134 attentionné avec une certaine distance, d'entourer la enfin de de de de d'accompagner la personne
135 dans ses difficultés là de cette violence, bah plus tard ça va ça va permettre de créer de créer un
136 bon lien, parce que la personne va, va être en confiance avec l'équipe, voilà.

137 **Océane** : *D'accord (silence).*

138 **Infirmière C** : Et ça c'est plutôt dans des situations de de services d'accueil, ici on rencontre euh
139 on ouais on rencontre moins ça.

140 **Océane** : *Mmh d'accord donc ma dernière question donc c'est aussi sur l'impact donc euh quel*
141 *euh impact cette violence a-t-elle sur l'équipe en elle-même ?*

142 **Infirmière C** : Alors euh (silence) nous on a été confronté à des situations de de de violences
143 importantes même je dirais, je dirais même plus la violence, je dirais agressions, parce que c'est
144 ça, avant j'utilisais jamais le terme agression mais depuis cette année, depuis un an j'utilise le
145 terme d'agression parce que (silence) la violence du du patient pour moi était, fait partie du métier,
146 c'était pas la chose la plus importante, parce que c'est vrai que la violence m'attire pas mais c'est
147 vrai que voilà l'année dernière on a eu des épisodes difficiles, moi je l'ai pas senti comme pff
148 (silence) comme une violence normale en psychiatrie, c'est-à-dire que moi j'ai jamais connu ça euh
149 moi je pense que c'est plus lié à une défaillance d'un système de soins, voilà, sans doute locale,
150 je dirais même générale, nationale parce que c'est la même c'est comme ça ailleurs aussi, on s'en
151 rend compte et la psychiatrie c'est pas ça, la psychiatrie quand j'ai commencé à y travailler ce
152 n'était pas ça et je crois que ça peut, ce n'est pas ça, ça peut être différent donc euh c'était quoi
153 déjà la question ? (rires).

154 **Océane** : *Quel impact cette violence a-t-elle sur l'équipe ?*

155 **Infirmière C** : Ouais, donc du coup tout ce qui s'est passé, il y a eu beaucoup d'évènements
156 d'agressions ouais moi je, vraiment d'agressions parce qu'il y a la violence mais il y a l'agression,
157 euh sur des collègues alors ça a eu un impact terrible, ça nous a mis à bas (silence) vraiment, ça

158 nous a mis à bas parce que bin des collègues c'est ce sont des amis, des gens avec qui on travaille
159 tout le temps euh (silence).

160 **Océane** : *C'était l'année dernière ? (je pose cette question car j'étais en stage dans le service au*
161 *moment des faits, ainsi je voulais être sûre que je pensais à la même chose qu'elle pour mieux*
162 *comprendre ses propos).*

163 **Infirmière C** : Ouais donc l'année dernière donc plusieurs épisodes de des collègues qui sont, qui
164 ont été très longtemps en arrêt de travail, qui sont encore pour certains encore en arrêt de travail
165 avec des blessures physiques et des séquelles donc du coup euh et des séquelles je pense qui
166 seront, à vie euh bah moi je crois que le travail d'infirmière c'est pas ça quoi, je je pense que c'est
167 autre chose là enfin c'est pour moi c'est (silence) ouais euh on est plus dans le soin quoi c'est,
168 c'est ouais (silence), ça devrait pas arriver, ça devrait pas arriver et (silence) ce qui pouvait être
169 exceptionnel et même moi je, juste ça n'arrivait, voilà enfin à ce point-là ça n'arrivait pas, pas avec
170 des blessures physiques comme ça euh il y a des moyens de de prévenir ça mais ça ne se situe
171 pas à mon avis au niveau euh au niveau de notre métier infirmier, ça se situe au niveau euh
172 (silence) pour moi au niveau de la direction (rires) la direction hospitalière (rires), des moyens qui
173 sont donnés, des infrastructures euh de la politique de santé publique en France euh la politique
174 euh euh de la psychiatrie en France avec euh des lits suffisants pour accueillir des gens qui sont
175 en grande difficulté et du coup et des gens qui sont d'autant plus en difficulté parce que il y a pas
176 de place pour les accueillir quoi et bon alors c'est vrai que maintenant on se dirige vers beaucoup
177 de euh il y a un glissement de notre travail vers le médico-social et c'est vrai qu'à une époque qui
178 est l'époque des asiles il y avait des grandes structures où on accueillait tout le monde et donc il y
179 a eu beaucoup de fermeture de lits et du coup il y a un glissement des soins psychiatriques vers
180 le médico-social, très bien, mais je pense qu'il y a des gens qui ne rentrent pas dans ces cases-là,
181 et puis il y a des gens qui auraient besoin de de poser leurs valises plus longtemps à l'hôpital, moi
182 j'ai connu quand j'ai travaillé des gens qui avaient qui étaient en état de crise, des psychotiques
183 chroniques qui étaient en état de crise qui, on les gardés, ils restaient à l'hôpital trois mois six mois,
184 ils rentraient chez eux, ils rentraient dans leur foyer ou dans leur maison de retraite et on en
185 attendait plus parler pendant des années, parce qu'ils allaient mieux, parce qu'ils avaient tout
186 simplement ils étaient récupérés, ils avaient posés leurs valises, ils étaient récupérés, ils s'étaient
187 refait une santé psychique, on les avaient accompagné simplement mais c'était sur un temps de
188 plusieurs mois et du coup bin voilà, ça allait mieux, longtemps et aujourd'hui j'ai l'impression que
189 bah qu'on me, qu'on s'occupe de la phase aiguë puis quand il y a pas trop de problèmes et bin il
190 rentre à son domicile ou ou dans son établissement mais ils ont pas eu le temps de poser leurs
191 valises (rires) et donc qui vont pas suffisamment bien et donc ils rechutent d'autant plus vite et ils
192 reviennent d'autant plus vite, voilà et puis euh ils perdent leurs repères quoi donc c'est vrai qui faut,
193 (silence) voilà c'est une réalité qui faut et donc du coup voilà l'impact euh hein euh de la violence
194 sur l'équipe euh peut détruire une équipe, nous en l'occurrence notre équipe euh a été très
195 malmenée avec euh avec des remplacements euh beaucoup de remplacements, beaucoup de
196 têtes nouvelles beaucoup, beaucoup voilà euh de mouvements au sein de l'équipe et puis ça peut
197 entraîner des conflits aussi, ça a entraîné des conflits nous avec euh bah avec la direction, avec
198 les médecins aussi, une incompréhension, voilà.

199 **Océane** : *D'accord.*

200 **Infirmière C** : (rires).

201 **Océane** : *Donc là mes questions sont terminées donc euh si tu as par exemple quelque chose*
202 *d'autre à me dire qui te semble intéressant euh euh à rajouter dans ce que tu m'as, dans ce que*
203 *t'as pu me dire.*

204 **Infirmière C** : (silence), ah bon c'est vrai que j'ai parlé beaucoup de la prévention mais j'ai parti...
205 *plutôt parlé au niveau infirmier alors je sais pas si fallait peut être parler plutôt médical, collaboration*
206 *avec le médecin ?*

207 **Océane** : *Vous pouvez aussi.*

208 **Infirmière C** : *Parce que c'est vrai j'ai pas beaucoup parlé du médecin c'est étonnant (rires)*

209 **Océane** : *Bah vous pouvez si vous voulez (rires).*

210 **Infirmière C** : *Oui parce que normalement il y a la place du médecin qui est importante (rires) voilà*
211 *et c'est ça, ce qui manque je pense qui, ce qui marque d'autant mieux c'est quand il y a euh un*
212 *travail d'équipe euh médical quoi et avec le cadre etc, pour prévenir ça parce que ça, vraiment, ça*
213 *peut se prévenir euh il y a des médecins qui (silence) parce qu'on peut prévoir hein aussi donc euh*
214 *euh ça sert à rien de faire l'autruche et d'attendre que le passage à l'acte pa... arrive parce que on*
215 *on on peut, on sait que des fois le passage à l'acte va arriver donc il y a des moyens de prévention*
216 *et c'est d'autant c'est médical parce que nous on euh les infirmiers on peut on est là pour assurer*
217 *etc et ça suffit pas euh on reste un hôpital et les hôpitals ne sont pas tenus par les infirmiers hein*
218 *on est pas un foyer de vie donc en cardiologie il y a des cardiologues qui soignent euh les patients,*
219 *en psychiatrie il faut des psychiatres pour soigner les patients parce que euh un psychiatre c'est*
220 *pas un infirmier euh l'infirmier n'est pas un psychiatre donc euh euh chacun à sa place quoi, voilà.*

221 **Océane** : *D'accord, merci.*

ANNEXE VI : TABLEAUX D'ANALYSE DES ENTRETIENS

AXE DE RECHERCHE N°1 : LA VIOLENCE DES PATIENTS EN PSYCHIATRIE		
Thèmes	Sous-thèmes	Items Infirmière A – Infirmière B – Infirmière C
La perception de la violence du point de vue des soignants	Les définitions de la violence	<p>L22-23 « Il y a la violence verbale », L23-26 « que ce soit les insultes, les comportements donc dus à la maladie, parce que nous ici on reçoit toutes pathologies (...) beaucoup de psychotiques, de la schizophrénie (...) des troubles du comportement, des carences éducatives affectives », L28 « les cris là comme on entend c'est aussi quelque part c'est aussi de la violence », L29-30 « beaucoup d'insultes euh de manque de respect hein au niveau comportement », L45 « des petits mots pas sympas, des insultes, des des réflexions »</p> <p>L46 « la violence physique », L70 « des coups de pieds », L73 « des gifles »</p> <p>L74-77 « il y a les patients qui vont le faire exprès (...) donc c'est des coups volontaires (...) et après il y a le patient en crise qui ne va même pas se rendre compte »</p> <p>L25 « violence verbale euh menaces, insultes »</p> <p>L16 « violence physique », L31 « j'ai pris des coups », L40 « des coups de pied », L52 « un coup de coude au visage », L56 « des côtes cassées », L56 « des lésions au visage », L121 « tirer les cheveux »</p> <p>L15-16 « par de l'agressivité verbale », L16-19 « par des agressions euh sur le personnel, (...), sur les autres patients donc de l'agressivité de l'hétéro agressivité euh de l'auto agressivité aussi (...) ça peut être des tentatives de suicide (...) des blessures sur le corps »</p> <p>L38-39 « ça m'est arrivé (...) d'être frappée (...) injuriée (...) menacée de mort aussi », L98 « ça m'est arrivé de recevoir une baffe »</p> <p>L78-80 « il y a des gens qui, des patients je pense (...) ils sont dans une telle phase aiguë, tellement mal que (...) c'est un moyen défensif pour eux, (...), c'est involontaire »</p>

	<p>L110-113 « il m'est arrivé (...) de rencontrer des personnes qui d'une façon pff presque gratuite étaient violentes, nous ont agressé (...) c'était plutôt de la provocation en fait c'était une recherche ouais »</p>
<p>La récurrence de cette violence</p>	<p>L37-38 « donc c'est vraiment notre quotidien, c'est euh c'est tous les jours ouais »</p> <p>L31-32 « donc il y a il y a des moments où il y en a moins comme en ce moment chez nous s'est un peu plus posés mais c'est quand même euh notre lot quotidien », L43-44 « il y va y avoir des périodes où euh c'est ça va être plus ou moins calme entre guillemets »</p> <p>L33 « il n'y a pas de violence physique euh tous les jours », L46 « la violence physique ça dépend de la population et des moments »</p> <p>L57-59 « les violences verbales donc ça c'est le quotidien, les violences physiques donc moi oui sur trois ans là presque d'activité euh j'en ai connu plusieurs »</p> <p>L90-92 « ici en service aigu on est plus confronté à la violence qu'en service de psychiatrie chronique par exemple »</p> <p>L17-19 « verbale il y en a régulièrement hein, je pense tous les jours et physique c'est beaucoup plus, beaucoup plus rare. C'est assez rare que ça aille vraiment, qu'il y ai vraiment une altercation vraiment physique », L25-27 « violence verbale (...) c'est quotidien et euh physiquement euh, je dirais parfois quand même, pas rarement parce que ça arrive quand même peut être une fois par trimestre (...), parfois »</p> <p>L27-30 « ça dépend des circonstances, en fait parfois c'est quotidien en tout cas c'est récurrent (...) à l'heure actuelle »</p> <p>L90 « je trouve qu'aujourd'hui il y a plus de violence c'est vrai »</p>
<p>Les facteurs favorisant cette violence</p>	<p>L64 « des jeunes souvent qui décompensent euh sur des crises, des frustrations »</p> <p>L66-67 « quand on accompagne les gens en isolement (...) c'est vrai euh que là oui j'ai été confrontée à la violence physique », L71-72 « quand il faut euh contenir quelqu'un (...) là oui là on prend malheureusement souvent des coups, quand il faut contentionner quelqu'un »</p> <p>L166-168 « on a des patients qui ont des problèmes de toxiques dans la cour donc là vraiment pour gérer cette euh cette violence-là, quand vraiment c'est des grosses crises on peut appeler la sécurité »</p> <p>L68-69 « on va réussir à évaluer un peu euh voilà est-ce que là il y a un potentiel de risque de violence chez ce patient »</p>

	<p>L33-36 « une fois c'était une patiente qui était angoissée qui voulait voir euh le psychiatre, qui voulait absolument une réponse et donc à chaque fois je différais parce que le psychiatre ne voulait pas la voir sauf que elle c'était pas rassurant pour elle et puis à un moment donné bin il y a un coup de poing qui est parti »</p> <p>L37-41 « une autre situation où j'ai du décontenionner un patient (...), du coup le patient lui c'était des coups des coups de pied qu'il m'a donné quand je l'ai décontenionné (...) il testait en fait »</p> <p>L43-45 « quand ils sentent que le soignant en face n'a pas d'assurance, on est pas rassurant pour eux, bin ça peut engendrer, faut qu'ils expriment leurs angoisses d'une autre façon »</p> <p>L49-54 « il y avait un patient qui était en chambre d'isolement (...) qui était délirant euh mais qui n'était pas agressif du tout (...) et en fait brutalement a donné un coup (...) d'un collègue (...) le patient se défendait », L57 « donc là vraiment c'est dans un contexte délirant »</p> <p>L58-59 « c'était un patient autiste, qui, pareil était en chambre d'isolement et de manière imprévisible s'est mis à lui tirer les cheveux »</p> <p>L172-174 « souvent le sentiment qui sort au final c'est de la colère (...) par rapport aux conditions d'hospitalisations, par rapports aux aux effectifs et aux voilà à la surpopulation », L178-180 « il faut un ennemi commun j'allais dire entre guillemets mais enfin quelqu'un sur qui reporter notre colère et du coup voilà souvent c'est sur les conditions... »</p> <p>L110-113 « il m'est arrivée (...) de rencontrer des personnes qui d'une façon pff presque gratuite étaient violentes, nous ont agressé (...) il n'y avait pas de signes avant-coureurs »</p> <p>L147-150 « l'année dernière on a eu des épisodes difficiles, (...) je pense que c'est plus lié à une défaillance d'un système de soins, voilà, sans doute locale, je dirais même générale, nationale »</p> <p>L170-175 « il y a des moyens de prévenir ça mais ça ne se situe pas à mon avis au niveau (...) de notre métier d'infirmier, ça se situe au niveau (...) de la direction la direction hospitalière, des moyens qui sont donnés, des infrastructures euh de la politique de santé publique en France euh la politique (...) de la psychiatrie en France avec euh des lits suffisants pour accueillir des gens qui sont en grande difficultés »</p>
--	--

AXE DE RECHERCHE N°2 : LA PRÉVENTION ET LA GESTION DE LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE

Thèmes	Sous-thèmes	Items Infirmière A – Infirmière B – Infirmière C
<p align="center">Les moyens et les ressources mis à disposition des soignants</p>	<p align="center">Les ressources personnelles</p>	<p>L32-33 « <i>il faut faire attention</i> », L34-37 « <i>faut toujours rester prudent et pas forcément sur le qui-vive mais faire attention, parce que même sur des patients dont on ne se méfierais pas euh en cinq minutes (...) une situation peut basculer</i> », L47 « <i>on fait toujours attention</i> »</p> <p>L82-86 « <i>c'est vrai que quand tu arrives jeunes diplômée (...) là il y a eu une grosse situation de violence où je me suis retrouvée par terre (...) donc là ça a été difficile parce que je n'avais pas encore l'expérience</i> », L90-93 « <i>avec l'expérience (...) je vais pas dire que je m'habitue à la violence parce qu'on s'habitues pas la violence, jamais mais on arrive à la gérer mieux</i> », L99-100 « <i>avec euh bah le travail hein et avec l'expérience on apprend à se protéger</i> », L247-250 « <i>j'arrive à prendre du recul, peut-être du fait de mon âge aussi, parce que tu vois j'ai 40 ans (...) je pense qu'à 20 ans j'aurais, il y a des choses que j'aurais pas accepté, que j'accepte à 40 ans</i> »</p> <p>L101-103 « <i>quand on y fait face bah faut ne pas répondre par la violence donc on apprend aussi des techniques d'apaisement</i> », L141-142 « <i>on a nos psychiatres (...) ou la psychologue (...) qui nous aident à nous apaiser</i> »</p> <p>L68-70 « <i>voilà est-ce que là il y a un potentiel de risque de violence chez ce patient euh voilà, donc il va y avoir beaucoup d'observation, en amont, déjà beaucoup observer les patients</i> », L141 « <i>attention il peut être imprévisible</i> »</p> <p>L31-33 « <i>j'ai pris deux deux coups de poing quand j'ai débuté (...) c'était finalement plutôt des des erreurs de ma part en fait, des vraiment des erreurs de débutants</i> », L43 « <i>quand on débute c'est vrai qu'il y a plutôt des situations comme ça</i> », L67-68 « <i>avec l'expérience on va (...) réussir à évaluer un peu</i> »</p> <p>L104-106 « <i>aujourd'hui avec l'expérience, je je sais quand ça va, quand ça va clasher, ça on sent (...) donc on essaie de prévenir</i> »</p> <p>L118-123 « <i>à la maison on en parle, au mari etc au conjoint (...) c'est vrai que je me décharge sur mon mari certainement donc euh euh moi j'ai la chance de pouvoir parler à mon mari, peut être que tout le monde n'a pas cette chance-là</i> »</p>

	<p>Les ressources du service, de l'équipe</p>	<p>L93, « la violence (...) on arrive à la gérer mieux parce qu'on est très entouré », L98-99 « on apprend des petites techniques comme ça avec les anciens collègues », L108-110 « débriefer bah que ce soit avec les médecins, l'équipe (...) ça permet aussi de le vivre un peu mieux et de pas prendre ça comme une fatalité », L111-112 « cette crise-là faut pas la garder pour soi », L139-140 « tout le monde ne peut pas faire la formation bah on se forme entre nous », L231-232 « quand les prises en charge sont très très violentes, là euh on va toujours à deux ou trois »</p> <p>L94-99 « on apprend des techniques par des formations à se prévenir de la violence (...) des techniques d'arriver toujours les mains croisées ou comme ça on peut parer un coup (...) donc on apprend des petites techniques », L130-132 « une formation qui existe par une équipe de l'UMD (...) qui viennent (...) faire une formation sur les techniques de défense », L138 « des techniques vraiment de, un peu de self-défense », L154-155 « il y a aussi de la sophrologie (...), on a des formations de toucher-massage »</p> <p>L100-101 « d'appréhender le patient aussi euh des choses qui peuvent apaiser un patient en crise », L128 « les techniques d'apaisement », 149-151 « quand il y a une tension sous-jacente (...) faire je ne sais pas moi aller faire un tour dans le parc, on va essayer d'apaiser », 156-157 « le toucher corporel (...) ça peut aussi apaiser une crise », L158-159 « d'avoir une technique un peu de type plus douce »</p> <p>L163-170 « on a aussi le service de sécurité aussi si vraiment en dernier recours on peut pas (...) qu'il faut qu'on aille contentionner un patient (...) qui viennent en renfort dans le service (...) quand on arrive plus à gérer »</p> <p>L129-130 « c'est important après de pouvoir en reparler a entre nous (...) parce qu'on a tous des ressentis différents et puis pour pas qu'il y ait une peur qui grandisse », L200-208 « pour quelques situations que ce soit en psychiatrie (...) il faut pas rester avec ça pour soir, il faut vraiment réussir à en parler (...) à un ou deux collègues (...) il n'y a pas toujours des réunions de faites (...) suite à des événements dans le service, par contre entre nous on en parle beaucoup et ça c'est important parce que des fois on a l'impression d'être tout seul avec euh ce qu'on ressent et en fait en en parlant on se rend compte bah que tel collègue il a les mêmes inquiétudes mais qu'il a pas osé aussi les exprimer (...) quand on en parle euh bah ça s'évapore après »</p> <p>L70-74 « si on sent un patient tendu et bin on va aller euh en devant en fait on va pas laisser la situation s'empirer et le laisser euh avec sa tension interne (...) déjà on a la première chose c'est qu'on prévient l'équipe, bon bah moi j'ai observé que que</p>
--	--	---

	<p><i>tel patient est tendu attention », L74-77 « soit on peut y aller plutôt en relation duelle tout en ayant prévenu les collègues, qu'ils soient pas loin, qu'ils observent (...) parce qu'on sent (...) que les choses peuvent se désamorcer plutôt avec de la réassurance », L78-85 « un patient qui est dans la revendication (...) qu'il indique qu'il est déjà au stade de menaces (...), il menace de tout casser, ça arrive bah là on y va pas tout seul (...) si vraiment on sent qu'il y a un risque de passage à l'acte imminent on y va à plusieurs », L81-83 « ce qui est important moi je pense c'est (...) qu'on soit pas tous à parler parce que là ça rajoute euh du bah cafouillis dans la situation, les choses sont pas claires, ça angoisse à nouveau le patient »</i></p> <p><i>L98-90 « on peut aussi lui proposer de s'isoler des autres patients donc en allant dans sa chambre », L97-98 « isoler le patient, le mettre dans un endroit calme »</i></p> <p><i>L103-104 « pour nos patients qu'on connaît bien (...) tu vois proposer des exercices de respiration, des exercices un peu plus de relaxation »</i></p> <p><i>L110 « on a une une salle de sport là avec un punchingball »</i></p> <p><i>L113-114 « en fait essayer de les décentrer de cette violence (...) de les faire se concentrer sur autre chose et puis puis d'expulser cette violence de manière différente »</i></p> <p><i>L164-166 « les patients où on sent (...) que c'est plus (...) une frustration (...) on essaie d'être d'avantage cadrant quoi »</i></p> <p><i>L39-42 « il m'est arrivée déjà des situations d'urgences, de de violence aussi (...) où il fallait aider, ou fallait faire un travail d'équipe (...) pour gérer la personne qui était euh agressive », L102-104 « actuellement, je n'ai pas peur dans les cas de violence parce que je sais que je peux compter sur une équipe (...) on se connaît », L61-64 « si la personne commence à être violente à vouloir frapper (...) bah faut essayer de pas être seul déjà, jamais seul, donc plusieurs personnes »</i></p> <p><i>L49-53 « j'essaie aussi de (...) quand une personne étant tendue d'assurer un environnement sécurisant (...) de le mettre dans des situations réconfortantes où il n'y a pas de stress (...) de stimulus stimulis possibles autour de lui », L64-65 « on essaye de contenir la personne de de l'accompagner dans sa chambre (...) qu'elle s'apaise »</i></p> <p><i>L75-78 « ici on a la chambre la chambre d'apaisement-là qui vient de se faire (...) pourquoi pas (...) mais je pense que ça ne marche pas dans tous les cas, ça dépend (...) des pathologies, des besoins des des gens »</i></p>
--	---

	<p>Les ressources thérapeutiques et médicales</p>	<p>L68-69 « il a fallu rentrer en discussion », L103 « on en reparle aussi avec le patient »</p> <p>L141-142 « On a nos psychiatres (...) ou la psychologue (...) qui nous aident à nous apaiser », L145-148 « on a un comportementaliste (...) il nous apprend aussi des techniques, des reformulations euh au niveau entretien »</p> <p>L165-166 « quand il y a vraiment de la violence, qu'il faut qu'on aille contentionner un patient »</p> <p>L70-77 « si on sent un patient tendu et bin on va aller euh en devant en fait on va pas laisser la situation s'empirer et le laisser euh avec sa tension interne (...) ça dépend vraiment du patient (...) les choses peuvent se désamorcer plutôt avec de la réassurance », L91-93 « il faut essayer de comprendre pourquoi il est tendu, si on sent qu'il est tendu c'est qu'il y a une raison derrière, donc déjà comprendre ça pour désamorcer », L153-157 « ce qui est important c'est de pouvoir reverbaler avec lui (...) tant que lui n'a pas (...) pu verbaliser sur ce qui s'est passé (...) nous on va pas le lâcher là-dessus (...) c'est important bah qu'il se rende compte voilà un peu de ce qu'il y a eu », L88-89 « apaiser les choses euh verbalement et puis après bah euh si besoin on peut proposer au patient un traitement », L98-99 « les traitement si on en a et si on sent que c'est nécessaire après un entretien »</p> <p>L99-100 « on n'hésite pas à appeler le psychiatre de garde »</p> <p>L136-137 « si c'est quelqu'un qui a réellement été violent bah il risque d'être euh traité, parfois contentionné »</p> <p>L50-56 « s'il est énervé, s'il est tendu, s'il est anxieux, s'il délire euh si c'est difficile de rentrer en contact avec lui (...) on va essayer de euh d'avoir euh des paroles douces euh apaisantes (...) on essaye (...) d'être posés euh d'avoir une voix calme etc tranquille, apaisante », L66 « on peut donner un traitement, gouttes ou injection »</p> <p>L56-60 « j'essaye de mettre une distance (...) tu ne te colles pas à la personne euh tu la touches pas (...) tu mets une distance suffisante (...) tu te mets un petit peu de biais voilà mais par contre tu comme restes quand même bien flanqué sur tes tes deux jambes pour te montrer quand même que tu es là, que tu, que la personne peut compter sur toi »</p> <p>L133-136 « le fait de rester empathique euh bah d'être compréhensif, attentionné avec une certaine distance, d'entourer (...) d'accompagner la personne dans ses difficultés là de cette violence bah plus tard ça va (...) permettre de créer (...) un bon lien, parce que la personne va, va être en confiance avec l'équipe »</p>
--	--	---

		L69-70 « pas ici mais en services d'entrants de mettre la personne en chambre de en CSI (chambre de soins intensifs) » L210-213 « il y a la place du médecin qui est importante (...) un travail d'équipe euh médical quoi et avec le cadre etc, pour prévenir ça parce que ça, vraiment, ça peut se prévenir »
--	--	--

AXE DE RECHERCHE N°3 : LES RÉPERCUSSIONS DE LA VIOLENCE EN PSYCHIATRIE

Thèmes	Sous-thèmes	Items
		Infirmière A – Infirmière B – Infirmière C
Les répercussions sur le soignant	Les émotions suscitées	L74-76 « il y a les patients qui vont le faire exprès (...) donc c'est des coups volontaires donc ça c'est encore euh plus difficile à gérer pour nous euh psychologiquement » L84-89 « là il y a eu une grosse situation de violence où je me suis retrouvée par terre (...) j'ai mal géré cette situation enfin je veux dire ça m'a affecté, ça j'ai trouvé ça difficile » L119-121 « quand on arrive à des situations de violence avec un patient qu'on a en charge, avec qui ça se passe plutôt bien (...) ça c'est difficile à gérer parfois psychologiquement » L190-192 « de la peur jamais, je n'ai jamais eu peur (...) mais comme on est une bonne équipe soudée etc, je n'ai jamais eu peur »
		L144-146 « après dans la relation en elle-même au patient je pense que (...) ça dépend (...) du contexte, quand c'est un patient délirant on on sait que malheureusement ça fait partie de des risques », L159-161 « les autres patients par contre qui sont non délirants (...) c'est vrai que (...) ça peut être plus difficile pour nous » L118-120 « ce n'est pas ce qui me fait le plus peur la violence (...) je suis plus en difficultés avec les passages à l'acte des patients sur eux-mêmes » L122-124 « de voir les collègues se faire frapper c'est ça c'est très difficile et d'être impuissant en fait, là on là c'est très difficile (...) il y a le choc », L170-171 « bah t'es déjà affecté de voir euh des collègues qui se font frappés, ça inquiète », L175 « il y a d'abord l'inquiétude » L172-173 « souvent le sentiment qui sort au final c'est de la colère » L192-193 « il peut y avoir un sentiment d'injustice, un sentiment de qu'on n'a pas toute la même prise en charge »

	<p>L84 « une décharge d'adrénaline, de la peur, des palpitations », L102-103 « actuellement, je n'ai pas peur dans les cas de violence car je sais que je peux compter sur une équipe »</p> <p>L88 « ça dépend des circonstances, moi j'ai horreur de la violence », L97-100 « la violence physique quand il y a (...), je n'aime pas, j'ai horreur de ça, ça c'est un truc ça me, ça me fait violence, je le subi vraiment comme une agression, c'est, j'avais pas eu mal, rien, mais (...) c'était comme une blessure quoi »</p> <p>L91-96 « j'ai déjà été déplacée enceinte voilà parce que voilà j'étais enceinte euh et bin effectivement l'impact il est fort quoi, parce que les émotions sont décuplées et là il y a vraiment la peur, y a la peur sur sa vie vraiment ça m'est arrivé (...) émotionnellement j'arrive plus à gérer »</p> <p>L101-102 « la violence quand elle est quotidienne, quand on sait qu'il y a un danger, et bien, ça engendre du stress »</p> <p>L115-117 « c'est pas très agréable et puis dans dans ces circonstances là il y a eu des menaces de mort donc euh bon, du coup l'impact n'est pas top ouais (...) ça fait du mal quoi, ça fait mal »</p>
La vie familiale	L117-124 « ça a aussi un impact sur ma vie personnelle, bah sur la vie familiale aussi parce que bin à la maison on en parle (...) et les enfants ils entendent donc euh les enfants en ont marre, les enfants ont peur (...) pour eux mon travail c'est c'est un sale métier (...) pour eux (...) il y a des gens qui sont pas gentils toujours »
L'épuisement professionnel	<p>L195-196 « des fois on est un peu fatigué, on est moins patients », L197-200 « puis de la fatigue hein psychologique parce que c'est euh parfois on a des moments très difficile, ça dépend de la charge de travail du service mais (...) c'est très fatigant », L200-201 « je m'aperçois quand même que euh c'est cette violence (...) c'est très psychologiquement, très fatigant »</p> <p>L101-102 « la violence quand elle est quotidienne, quand on sait qu'il y a un danger, et bien, ça engendre du stress »</p>
La remise en question	L112-114 « on se dit bah mince qu'est-ce que j'ai pu faire pour amener cette violence-là ou qu'est-ce que j'ai pu ne pas faire donc ça permet de remettre euh ton travail aussi en question, de beaucoup d'interroger », L115-118 « on a des situations de violence qu'on vit moins bien parce que peut être qu'on a on a pensé avoir fait notre travail avec la personne ou on a plus d'affinités (...) on a plus d'atomes parfois avec certains patients », L187-189 « ça pourrait euh, pas remettre en question ma ma motivation pour la psychiatrie mais des fois on arrive à la maison en se disant mais qu'est-ce que j'ai

	<p><i>été faire pour travailler en psychiatrie, sur le moment », L193-195 « une remise en question aussi sur sa pratique bon ce qui est plutôt positif (...) parce que des fois la violence je pense que, ça peut venir du soignant aussi hein »</i></p> <p><i>L36-37 « avec le recul je me suis dit que j'aurais pu gérer les choses d'une autre manière quoi, je n'ai pas senti la violence venir »</i></p> <p><i>L125-126 « la remise en question derrière enfin qu'est-ce que j'aurais pu faire de mieux ? je suis passée à côté de quelque chose et ouais ça chemine quand même »</i></p> <p><i>L172 « toute l'équipe se remet un peu en question »</i></p>
<p>L'accomplissement professionnel</p>	<p><i>L104-106 « ce n'est pas toujours facile de venir au travail, d'être confronté à cette violence là (...) on se dit bah je n'ai pas fait trois ans de formation infirmière pour me faire taper, me faire insulter »</i></p> <p><i>L189 « on est un petit peu découragé »</i></p> <p><i>L180-186 « quand on a vraiment euh l'impression d'avoir fait son travail, d'avoir progressé sur une prise en charge (...) on a aidé à traverser la crise (...) et puis là on est confronté à de la violence d'un coup là j'ai beaucoup de mal parce que je j'ai l'impression d'avoir (...) une frustration, là j'ai du mal psychologiquement », L196-197 « des fois de la déception »</i></p> <p><i>L106-107 « mais quelque part ça permet aussi de mieux comprendre un peu mieux la maladie du patient puisque ça fait partie de leur maladie »</i></p> <p><i>L166-168 « je crois que le travail d'infirmière c'est pas ça quoi, je je pense que c'est autre chose (...) pour moi c'est (...) on est plus dans le soin quoi (...) ça ne devrait pas arriver »</i></p> <p><i>L145-152 « la violence du du patient pour moi (...) fait partie du métier, ce n'était pas la chose la plus importante, parce que c'est vrai que la violence m'attire pas mais c'est vrai que (...) moi je l'ai pas senti comme pff (...) une violence normale en psychiatrie (...) la psychiatrie c'est pas ça (...), ça peut être différent »</i></p> <p><i>L179-192 « il y a un glissement des soins psychiatriques vers le médico-social, très bien, mais je pense qu'il y a des gens qui ne rentrent pas dans ces cases-là, (...) et aujourd'hui j'ai l'impression (...) qu'on s'occupe de la phase aiguë puis quand il y a pas trop de problèmes et bin il rentre à son domicile (...) mais ils n'ont pas eu le temps de poser leurs valises et donc qui vont pas suffisamment bien et donc ils rechutent d'autant plus vite et ils reviennent d'autant plus vite »</i></p>

<p>Les répercussions sur l'accompagnement du patient</p>	<p>La relation soignant-soigné</p>	<p>L206-211 « ça peut arriver à mettre une certaine distance (...) pendant un court laps de temps hein mais sur les jours qui vont suivre euh une crise (...) on va être un peu plus mal à l'aise (...) la patiente va être plus froide, le soignant aussi, il va y avoir une distance qui va se créer », L224-225 « la distance thérapeutique aussi elle n'est pas forcément évidente (...) c'est en ça que ça remet en cause la prise en charge »</p> <p>L204-213 « ça peut créer, bah ça peut casser, ce n'est pas que ça peut casser l'alliance thérapeutique, c'est un peu fort mais parfois par la déception (...) ça peut arriver à mettre une certaine distance (...) ça remet en cause ouais la prise en charge, l'alliance thérapeutique qui pouvait y avoir entre les deux »</p> <p>L213-220 « on revient toujours quand même vers le patient (...) quand on travaille en psychiatrie en général on aime ça, on n'est pas là par hasard (...), ce n'est pas pour autant que (...) je vais pas le prendre en charge comme je le dois (...) je vais tout faire pour l'aider »</p> <p>L135 « souvent un peu plus de distance euh mais tout en distance professionnelle »</p> <p>L137-141 « il y aura un peu de méfiance (...) donc ça ce n'est pas évident pour euh le patient parce que même si c'est dans un moment délirant et que à un moment donné on voit qu'il y a moins d'idées délirantes bah on c'est vrai qu'on a toujours une méfiance à se dire attention il peut être imprévisible », L144 « on est peut-être un peu plus sur nos gardes »</p> <p>L145-153 « quand c'est un patient délirant (...) donc nous ça change r... (...) on va pas mettre de distance, ça va ri... (...) ça fausse pas la relation de confiance avec lui », L164 « les patients délirants on arrive sans souci à retourner vers le patient »</p> <p>L159-163 « les autres patients par contre qui sont non délirants (...) c'est vrai que (...) ça peut être plus difficile pour nous alors on essaie toujours de d'être soignant et de garder une distance soignante mais peut-être qu'on peut avoir un un contact un peu plus froid je pense que c'est naturel, c'est humain », L164-166 « les patients où on sent (...) que c'est plus (...) une frustration (...) on essaie d'être d'avantage cadrant quoi »</p> <p>L208-210 « il ne faut pas rester avec des petits traumatismes comme ça qui s'accumulent et qui, au bout d'un moment, donc ça peut biaiser la relation au patient »</p>
---	---	---

		<p>L127-129 « des fois il y a de l'impact négatif, c'est-à-dire que pour certaines personnes euh il y a moins de compassion, voilà l'empathie »</p> <p>L129-132 « pour d'autres ça change rien parce que quand on sait que ça fait partie de la maladie (...) à un moment de délires intenses euh où la personne n'est plus consciente de ce qu'elle fait, alors ça euh voilà il y a toujours de l'empathie »</p>
<p>Les répercussions sur l'équipe et l'environnement du travail</p>	<p>La solidarité, l'entraide</p>	<p>L191 « on est une bonne équipe, soudée », L230-231 « il y a des prises en charge où on est obligé de passer la main aux collègues », L270-271 « ça a beaucoup d'impact sur notre équipe mais on est quand même assez solidaire »</p> <p>L243-244 « On n'a pas toujours les mêmes points de vue ce qui est parfois chiant mais aussi riche », L250-251 « l'équipe justement c'est cette richesse-là d'avoir l'expérience de gens qui ont 15 ans de psychiatrie derrière eux »</p> <p>L252-255 « on va débriefer sur tiens bah toi tu prendrais plutôt euh comment la personne en charge, puisque quand je lui parle comme ça, elle va tout de suite m'insulter (...) si je suis trop proche elle va aussi en profiter »</p> <p>L98-99 « on apprend des petites techniques comme ça avec les anciens collègues », L139-140 « tout le monde ne peut pas faire la formation bah on se forme entre nous »</p> <p>L261-269 « ça crée des tensions quand même dans le service (...) on est tous un peu sur la défensive, on est plus fatigués (...) on n'a pas tous les mêmes modes de fonctionnement (...) on s'engueule jamais ici, ou alors on s'engueule mais ça dure pas longtemps (...) quand vraiment ça dure on va voir la cadre et puis on voit la psychologue et on s'explique »</p> <p>L176-180 « je pense ça peut plutôt ressouder une équipe que la diviser (...) ça ressoude je pense... »</p> <p>L182-189 « faut être solidaires, pour la violence réellement physique... Pour ce qui est de la violence verbale et de des menaces là ça peut au contraire plutôt diviser (...) je pense à nos patients non délirants (...) qui vont plutôt cliver l'équipe, qui vont être plutôt dans la manipulation (...) ils vont obtenir certaines choses de bah certains collègues et que d'autres ont refusés du coup ils vont se montrer insultant avec ceux qui refusent, donc là par contre ça peut euh diviser un peu un peu l'équipe »</p> <p>L157-159 « ça a eu un impact terrible, ça nous a mis à bas (...) parce que bin des collègues c'est ce sont des amis, des gens avec qui on travaille tout le temps »</p>

	<p>L193-198 « l'impact (...) de la violence sur l'équipe euh peut détruire une équipe, (...) ça peut entraîner des conflits aussi (...) nous euh bah avec la direction, avec les médecins aussi, une incompréhension »</p>
<p>Les conditions de travail</p>	<p>L-61-63 « j'ai été en arrêt de travail sur pas des gros arrêts de travail mais deux trois jours pour euh des entorses (...) j'ai été cousue là à la lèvre, j'ai pris un crayon », L70 « j'ai des collègues qui ont été en arrêts pour des coups de pieds, des mises à terre », L245-246 « j'ai des collègues qui n'acceptent pas du tout, qui le vivent très mal, qui se mettent en arrêt », L259-261 « l'impact peut être très lourd sur une équipe parce que déjà physiquement c'est des arrêts de travail donc c'est des changements de plannings, c'est beaucoup de fatigue »</p> <p>L53-57 « il y a eu euh une altercation qui a duré peut-être 20 minutes où vraiment le patient se défendait, les collègues étaient à deux dessus (...), ils ont été arrêtés un moment tous les deux »</p> <p>L172-174 « souvent le sentiment qui sort au final c'est de la colère (...) par rapport aux conditions d'hospitalisations, par rapports aux aux effectifs et aux voilà à la surpopulation », L178-180 « il faut un ennemi commun j'allais dire entre guillemets mais enfin quelqu'un sur qui reporter notre colère et du coup voilà souvent c'est sur les conditions... »</p> <p>L91-97 « j'ai été déplacée enceinte (...) j'avais été déplacé de service d'accueil dans un service plus chronique (...) donc ça avait conduit à un arrêt de travail temporaire le temps de trouver une solution », L163-166 « des collègues qui sont, qui ont été très longtemps en arrêt de travail, qui sont encore pour certains en arrêt de travail avec des blessures physiques et des séquelles (...) je pense qui seront, à vie », L194-196 « notre équipe euh a été très malmenée avec euh avec (...) beaucoup de remplacements, beaucoup de têtes nouvelles (...) beaucoup voilà euh de mouvements au sein de l'équipe »</p> <p>L147-150 « l'année dernière on a eu des épisodes difficiles, (...) je pense que c'est plus lié à une défaillance d'un système de soins, voilà, sans doute locale, je dirais même générale, nationale »</p> <p>L170-175 « il y a des moyens de prévenir ça mais ça ne se situe pas à mon avis au niveau (...) de notre métier d'infirmier, ça se situe au niveau (...) de la direction la direction hospitalière, des moyens qui sont donnés, des infrastructures euh de la politique de santé publique en France euh la politique (...) de la psychiatrie en France avec euh des lits suffisants pour accueillir des gens qui sont en grande difficultés »</p>

SOHIEZ Océane

Titre

L'infirmier face à la violence en psychiatrie

Présentation synthétique du travail

La violence est un phénomène que nous pouvons rencontrer en tant que professionnel de santé en psychiatrie et qui touchent plus particulièrement les infirmiers au sein des hôpitaux. Lors d'une situation vécue en stage en psychiatrie, j'ai été confrontée à de la violence. Ainsi, face à ce contexte et cette expérience, de nombreux questionnements ont émergé. La violence est-elle récurrente en psychiatrie ? Quelles peuvent être les ressources de l'infirmier face à elle ? Y a-t-il des répercussions à cette violence ? Toutes ses interrogations et différentes lectures m'ont amené à choisir le thème de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, la gestion des situations de violence en service de soins psychiatriques. Par la suite, j'ai pu aboutir à une question de départ : En quoi les situations récurrentes de violence des patients en psychiatrie peuvent impacter la charge émotionnelle des infirmiers et leur exercice professionnel ?

Afin de répondre à cette question, j'ai tout d'abord développé des données théoriques qui m'ont permis de définir des axes majeurs. Par la suite, j'ai effectué des entretiens avec des infirmiers, au plus près du soin et du terrain, pour étayer, compléter ces données initiales. Enfin, j'ai opposé ces deux grandes parties pour établir des éléments de réponse à mon questionnement premier.

Abstract

The violence is a phenomenon which we can meet as a healthcare professional in psychiatry and which touch more particularly the nurses in hospitals. During a situation lived in internship of psychiatry, I was confronted with the violence. So, in the face of this context and this experiment, numerous questionings emerged. Is the violence recurring in psychiatry? What can be the resources of the nurse in the face of them? Are there repercussions to this violence? All his questionings and various readings brought me to choose the theme of my dissertation of initiation for research in nursing care, the management of the situations of violence in service of psychiatric care. Afterward, I was able lead a question of departure: In what the recurring situations of violence of the patients in psychiatry can impact on the emotional charge of the nurses and their professional exercise?

To answer this question, I developed first of all theoretical data which allowed me to define major axis. Afterward, I conducted interviews with nurses, as close as possible to the care and on the spot, to underpin, complete these initial data. Finally, I opposed these two big parts to establish elements of answer to my first questioning.

Mots-clés : Violence – Soins psychiatriques – Ressources – Répercussions – Charge émotionnelle – Exercice professionnel

Keywords: Violence – Psychiatric care – Resources – Repercussions – Emotional charge – Professional exercise

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

9 rue de la Marne
35403 – Saint-Malo Cedex

Promotion 2015/2018 – Semestre 6 – Compétences 7 et 8, UE 3.4 S6, UE 5.6 S6, UE 6.2 S6