

IRFSS Centre – Val de Loire
Institut de Formation en Soins Infirmiers
6 avenue Alexandre Minkowski - CS 40324
37173 CHAMBRAY LES TOURS Cedex



Travail d'Initiation à la Recherche présenté
en vue de l'obtention du Diplôme d'État Infirmiers

ENFANTS VIOLENTS ET INFIRMIERS : quelle posture adoptée

UE 3.4 S6

UE 5.6 S6

UE 6.2 S6

Compétence 7 : Analyser la qualité et améliorer sa pratique
professionnelle

Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et
scientifiques

BOUCHET Adlina

Formateur référent : [REDACTED]

Référent guidant individuelle : [REDACTED]

Promotion 2017 – 2020

Année 2019 – 2020

Note aux lecteurs

Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de son auteur.

IRFSS Région Centre
IFSI de Tours
6 avenue du Pr Alexandre Minkowski
CS 40324
37173 CHAMBRAY-LES-TOURS CEDEX



« INITIATION A LA RECHERCHE »

UE 3.4 S6 – 5.6 S6 et 6.2 S6

Travail d'Initiation à la Recherche

J'atteste sur l'honneur que la rédaction de ce TIR, réalisé en vue de l'obtention de la validation des Unités d'Enseignement citées ci-dessus, est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

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.

Fait à *Neuille-Le-Lierre*

Le *01/05/2020*

Signé : *BOUCHET Adlina*

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 € d'amende. inséré après l'article 441-12 : Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics Art. 1er : 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.

IRFSS Centre – Val de Loire
Institut de Formation en Soins Infirmiers
6 avenue Alexandre Minkowski - CS 40324
37173 CHAMBRAY LES TOURS Cedex



ENFANTS VIOLENTS ET INFIRMIERS :
quelle posture adoptée

BOUCHET Adlina
3770
Promotion 2017 – 2020
Année 2019 – 2020

Formateur référent : Séverine Lalande
Référent guidant individuelle : Séverine Proust

« Je croyais que la violence était dans les cris, les coups, la guerre et le sang. Et maintenant je sais que la violence est aussi dans le silence, qu'elle est parfois invisible à l'œil nu. La violence est ce qui nous échappe, elle se tait, ne se montre pas, la violence est ce qui ne trouve pas d'explication, ce qui à jamais restera opaque. »

Delphine de Vigan

Remerciements

Je voudrais remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de ce mémoire et de ma formation.

Tout d'abord, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma guidante de mémoire. Je la remercie de m'avoir encadrée, orientée, aidée et conseillée.

Je remercie également ma référente de suivi pédagogique pour son aide, son soutien, sa bienveillance et son écoute pendant mes trois années de formation.

Je tiens également à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes, pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire :

L'ensemble des formateurs de l'IRFSS Croix-Rouge de Chambray les Tours, qui m'ont transmis leurs connaissances et leur passion pour ce métier.

Les documentalistes, pour leurs aides dans toute la documentation de ce travail, pour la réalisation de la mise en pages et pour leur disponibilité.

Mme X, infirmière, pour m'avoir accordé un entretien et avoir répondu à mes questions sur la violence des enfants et l'impact sur notre posture professionnelle.

M. Benaïche, infirmière spécialiste clinique, pour avoir accepté de me fournir un exemplaire de son travail.

Ma belle mère et ma maman, pour avoir relu et corrigé mon mémoire ainsi que pour tout le temps qu'elles ont pris.

Mes amis et ma famille pour m'avoir soutenu et encouragé tout au long de ces trois années de formation et dans la réalisation de ce travail d'initiation à la recherche.

Sommaire

1 Introduction.....	9
1.1 Situation d'appel.....	10
1.2 Mes motivations :.....	11
1.3 Questionnement :.....	12
1.4 Question de départ :.....	12
2 Cadre de référence.....	13
2.1 La pédiatrie :.....	13
2.2 Généralités sur la violence.....	18
2.3 Posture professionnelle.....	28
3 Problématique.....	34
4 Phase d'enquête.....	36
4.1 Choix de la méthode.....	36
4.2 Population.....	36
5 Conclusion.....	37
Bibliographie.....	38
Liste des sigles.....	42
Tables des annexes.....	43

1 Introduction

Il y a bientôt 3 ans, j'ai commencé la formation pour devenir infirmière. Ces années m'ont permis d'évoluer à l'aide de cours théoriques et de stages. Au cours de notre formation, on nous apprend à devenir des professionnels de qualité. On découvre le métier d'infirmière et petit à petit notre vision de ce métier se précise avec notre posture professionnelle. Aujourd'hui me voilà à quelques mois du diplôme et je dois réaliser mon travail d'initiation à la recherche.

L'IDE travaille dans la santé en milieu hospitalier ou extra-hospitalier, et quel que soit son lieu d'exercice, elle peut être confrontée à de la violence de manières plus ou moins intensive. Depuis quelques années on nous parle de l'augmentation de la violence (atteinte aux personnes et aux biens) dans les soins . En effet rien qu'entre 2017 et 2018 on observe une augmentation du nombre de cas signalés, 22 048 signalements en 2017 contre 23 360 cas en 2018. (ARS)

Ce fait m'est apparu en dernière année lorsque j'ai effectué un stage en psychiatrie infanto-juvénile. Lors de celui-ci, je pense que j'ai pris conscience que cette violence pouvait être présente dans les soins sous de multiples formes. Avant de débiter ce stage, je n'en n'avais qu'une notion lointaine et théorique. J'y ai été confrontée pendant cette expérience et cela m'a fait réaliser l'aspect concret du problème

Ce stage a ainsi été pour moi l'occasion de choisir mon thème de mémoire, intriguée par ma rencontre avec des situations violentes et le fait qu'elles se passent en milieu pédiatrique. Ayant pour souhait de me spécialiser en tant qu'infirmière puéricultrice, l'association de ces termes, pédiatrie, soins et violence m'ont amenée à m'interroger.

Je commencerai par exposer ma situation d'appel ainsi que mes motivations et mon questionnement qui m'ont permis d'aboutir à une question de départ. Puis nous verrons le cadre de référence, il sera le reflet du cheminement de ma pensée, des recherches réalisées ainsi que de la démarche d'analyse effectuées au regard du thème choisi. Dans un premier temps nous aborderons les concepts de la pédiatrie puis de la violence et enfin le sujet de notre posture professionnelle liée aux précédentes parties. Cette réflexion va aboutir à ma problématique et à une nouvelle question de recherche. Enfin, je terminerai par une conclusion rendant compte de l'intérêt de l'ensemble du travail effectué et témoignant de ma réflexion en tant que future professionnelle.

1.1 Situation d'appel

Je suis étudiante infirmière en 3ème année en stage de psychiatrie infanto-juvénile et plus précisément dans un Centre Accueil Thérapeutique à temps partiel. J'effectue ma 9ème semaine de stage.

Depuis 4 semaines je participe à des groupes thérapeutiques. Ils sont créés et animés par 3 soignants pluridisciplinaire. Ces groupes sont composés de 4 enfants souffrant de troubles neuro-développementaux principalement âgés de 4 et 6 ans. Ce temps leur est dédié et non aux parents. Cependant ils sont également accompagnés et suivis à d'autres moments par le pédopsychiatre de la structure et le soignant référent de l'enfant.

Ce jour, c'est la quatrième fois que nous allons faire le groupe «kangourou». Ce groupe est animé par Amandine infirmière de secteur psychiatrique, Marie psychologue et Sylvie orthophoniste, moi-même et un interne présent au début. Nous accueillons Nathan, Ethan, Danielle, et Julien¹.

Il a lieu tout les jeudi pendant les périodes scolaires et se déroule de la même manière à chaque fois. Il se divise en 3 grandes parties : le temps d'accueil, le groupe avec médiation « portage » et le temps de goûter avec une histoire. Une fois les enfants raccompagnés en salle d'attente à leur parent ou au taxi. L'équipe se réunit pendant 1h afin d'effectuer une reprise, de pouvoir échangé sur ce qui s'est passé et ce qui a été observé.

Tout au long de ces groupes, il peut y avoir de nombreuses crises de la part des enfants. J'ai décidé de vous parler de l'un d'eux, Nathan qui participe également à celui du lundi où il retrouve Amandine, Sylvie et moi-même. Il est âgé de 5 ans et 8 mois. Il présente un trouble neuro-développemental comprenant un trouble du comportement sévère, un trouble psychomoteur, trouble relationnel et des angoisses archaïques pouvant se manifester par des passages à l'acte violent, une absence de distance à l'autre ...

C'est un enfant qui est venu en taxi accompagné de sa maman, qui reste présente dans la salle d'attente durant le groupe.

Lors du temps d'accueil, au moment de la transition du jeu vers la petite réunion. Ethan a pris un jouet à Nathan. Celui-ci très énervé, lui a couru après et a voulu le taper sauf qu'il s'est fait mal en suivant Ethan qui est entré dans la petite maison. Il s'est cogné et a pleuré en criant « C'est sa faute », en essayant de le taper. Étant la plus proche de la maison avec l'interne, nous sommes intervenus, j'ai attrapé les mains de Nathan pendant que

¹ Les prénoms des acteurs de cette situation ont été modifiés pour des raisons de confidentialité

l'interne a réussi à faire sortir Ethan. Nous avons fini par faire venir tout le monde autour de la table.

Nathan est resté très énervé et essayé de taper ou de mettre des coups de pieds, il a donc été contenu par Marie afin qu'il se calme et ne fasse pas de mal aux autres enfants. Nathan, tout en se débattant, criait « lâche moi, je veux la gentille ... » en me montrant du doigt. Il a fini par venir dans mes bras et ne se débâtait plus. Il est resté assis sur mes genoux tranquillement jusqu'au moment où nous l'avons appelé pour savoir s'il était présent avec nous. Lorsque Sylvie s'est adressée à lui en se tournant, le regardant et a dit « Nathan es-tu avec nous ». Il a hurlé « Non » en jetant le jouet qu'il avait dans la main sur Sylvie, celui-ci lui est passé très près du visage étant donné qu'elle se trouvait sur la chaise à cotée. Je lui ai attrapé les mains et les ai maintenues en voyant qu'il essayait de partir et commençait à essayer de mordre ou de griffer. Certains des autres enfants se trouvaient distraits par l'agitation et les cris.

Il a été emmené par Marie dans la salle « Petit bobo » afin de pouvoir continuer le groupe avec les autres enfants et qu'il puisse s'apaiser dans un espace prévu à cet effet.

Lorsque Nathan a jeté l'objet, j'ai été surprise par l'agressivité qui avait été présente, et intérieurement je me suis questionnée sur ce qui ce serait passé si l'objet était arrivé en plein visage de Sylvie, comment aurait-elle réagi ? Aurai-je du le tenir réellement même s'il ne se débattait plus ? Aurai-je pu l'empêcher de lancer ce jouet ? En effet, j'avais pu observer et vivre d'autres situations similaires où en tant que personne nous pouvions réagir de façon inadaptée.

1.2 Mes motivations :

J'ai choisi de parler de la violence dans les soins parce qu'elle m'a interpellé... Dans notre formation, on l'aborde régulièrement mais dans mes précédents stages je n'avais pas particulièrement rencontré de telle situation. Elle peut être commise par les soignants envers les patients et vice-versa, mais aussi par les accompagnateurs ou les parents. Lorsque l'on nous parle de violence des patients, cela se réfère dans la majorité des cas à des patients adultes plus ou moins âgés ou dans le domaine de la pédiatrie aux parents. Lors de mon dernier stage j'ai pu l'observer de la part d'enfants. Ayant pour souhait de me spécialiser en tant que puéricultrice, je me suis interrogée sur la posture que j'aurai lors de mon futur métier en cas de violence commise par des enfants. En effet cette question est peu abordée dans notre formation et elle m'est apparue comme tabou. Est-ce que nos réactions et attitudes soignantes se trouvent différentes en fonctions de l'âge de l'acteur de violence ?

Cette réflexion a également été motivée dans le cadre où je participais à 3 groupes thérapeutiques par semaine avec des enfants différents et j'ai pu me rendre compte que ce

n'était pas toujours facile. Je me suis questionnée sur le comportement que l'on pouvait avoir auprès d'enfants, ce qu'on pouvait supporter, la façon dont cela pouvait nous impacter. Lors de ces différents groupes je n'ai pas observé de gestes non appropriés de la part des soignants. Mais j'ai pu remarquer qu'il pouvait nous arriver de moins bien « supporter » leurs actions et que parfois notre non-verbal change. Peut importe la source de cette violence pathologiques ou non. Lors de ce stage, ces enfants souffraient de retard de développement et la violence était un symptôme de leurs troubles. Je pense que dans un service hospitalier, elle peut également être présente et pas seulement celle des parents. D'où mon intérêt de travailler sur la violence des enfants envers les soignants et son impact.

1.3 Questionnement :

- 1) Comment en tant que soignants doit-on réagir à l'agressivité/violence d'un enfant ayant des troubles neuro-développementaux ? Quelle attitude adopter ?
- 2) Quelles sont les limites de ce que peut supporter un soignant de la part d'un enfant agressif ?
- 3) Comment réagir face à la frustration que l'on peut ressentir vis-à-vis d'un enfant ?
- 4) Quelle est la juste distance à avoir auprès d'enfants dans ce contexte ?
- 5) Soignant mais aussi humain ? Jusqu'où pouvons-nous accepter des choses sous prétexte que nous sommes soignants ?
- 6) Notre réaction en tant que soignant est-elle différente lorsque c'est un enfant ?
- 7) En quoi la répétition des groupes avec les mêmes enfants et les mêmes soignants influencent la posture du soignants ?
- 8) Pourquoi l'enfant a-t-il réagi de cette manière à cette question ?
- 9) Nathan aurait-il réagi différemment si je lui avais posé la question ?
- 10) Agressivité ou violence ? Quelle est la différence ?
- 11) Si il y avait eu un dommage physique, que ce serait-il passé ? Aux niveaux personnel , juridique, professionnel ?
- 12) Dans un contexte de violence, qu'est-il mis en place au sein d'une structure ? D'une équipe ?

1.4 Question de départ :

En quoi la violence des enfants envers les infirmiers a un impact sur la posture professionnelle ?

2 Cadre de référence

Notre situation se passe avec des enfants. Afin de mieux comprendre et réfléchir à la question de la violence pédiatrique, nous allons aborder la notion de pédiatrie.

2.1 La pédiatrie :

2.1.1 Généralité sur la pédiatrie

La pédiatrie est une « branche de la médecine qui a pour objet l'étude, le diagnostic, le traitement, la prévention des maladies infantiles et la protection de l'enfance » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d. d).

Dans « Historique du développement et de la psychologie de l'enfant », Schäfer-Altiparmakian (p13) nous dit l'enfance est une :

Période de la vie où s'effectue une succession ininterrompue et rapide de changement : dans les situations environnementales physiques et sociales où les enfants sont successivement placés en fonction de leur variation en âge (crèche, école...), dans les comportements, actions et réactions que l'on attend d'eux dans leurs compétences intellectuelles et affectives.

De la naissance à l'âge adulte, l'humain se développe et passe par différents stades. On parle de nouveau-né de la naissance aux 28èmes jours de vie. Après nous arrivons à la phase d'adaptation familiale et de dépistage de malformation ou pathologie chronique pouvant être présentes et non visibles avant. Cette phase irait de la période néonatale jusqu'au 30e mois de vie. Jusqu'à ses 6 ans on va ensuite parler du deuxième âge aussi appelé petite enfance et qui va correspondre à la période pré-scolaire. Le troisième âge se poursuit jusqu'à l'adolescence, il est variable pour chaque être humain et sera marqué par l'apparition des premiers signes de la puberté qu'ils soient physiologiques ou morphologiques. Puis nous avons l'adolescence qui se situerait en moyenne à partir de 12 ans jusqu'à 24 ans. (Mallay, 2000)

2.1.2 Développement de l'enfant

La pédiatrie est caractérisée par le développement de l'enfant aux niveaux physiques, psychomoteurs, psychiques, biologiques et nutritionnels. Nous allons parler des différents niveaux de développement mais afin de comprendre la violence en pédiatrie, une plus grande partie sera concentrée sur le développement psychique du mineur.

Lorsqu'on parle de développement physique, cela fait référence à la taille, au poids, au périmètre crânien, ainsi qu'un l'indice de corpulence. Ces paramètres vont évoluer et être surveillés pour adapter si besoin l'environnement de l'enfant.

Le développement psychomoteur regroupe la motricité avant et après la marche, la motricité fine, le contact social, l'autonomie, le langage, les jeux et le sommeil qui change en fonction de l'âge de l'enfant.

Dans le développement psychoaffectif, l'approche psychanalytique distingue 3 stades prégénitaux jusqu'à 3 ans puis le complexe d'œdipe, la période de latence pour finir la puberté et l'adolescence.

Ces stades vont s'articuler autour de trois instances psychiques le « ça, le moi et le surmoi ». Le « ça », présent dès la naissance, correspond aux intérêts pulsionnels, au besoin de satisfaire ses désirs archaïques. Le « surmoi » est représentatif des intérêts extérieurs, il est cette partie de nous, inconsciente, qui accepte les interdits, les lois et les règles de notre environnement. Le « moi » est le reflet de notre conscient, il représente la personne dans sa totalité avec le « ça » et le « surmoi ». Il permet de concilier les désirs avec les interdits et les attentes de la réalité. (Giffard, 2011)

Les stades prégénitaux sont dits : oral, anal et phallique. Le stade oral correspond à la première année de vie, il est concentré sur la zone bucco-labiale qui est définie comme zone érogène. L'enfant va découvrir le monde extérieur en le faisant passer en lui que ce soit avec la prise alimentaire ou le fait de ramener tout objet à sa bouche. Lors de cette année, on va observer un but pulsionnel double : le désir d'incorporation des objets et le plaisir auto-érotique. Ce désir d'incorporation des objets est dû au fait qu'il n'a pas conscience du dedans, du dehors, du soi et du non soi. Ce qui signifie qu'avoir l'objet reviendrait à être l'objet, nous sommes dans le moi idéal. Au cours de cette année, le nourrisson va commencer à prendre conscience de l'extérieur à travers le manque.

Progressivement, arrivé à la deuxième année de vie, nous arrivons au stade anal. Ici, la zone érogène est la muqueuse ano-rectale. L'enfant considère tout d'abord les matières fécales comme une partie de lui qu'il peut expulser ou décider de garder. Il va découvrir le pouvoir qu'il a sur son corps ainsi que sur son entourage. Ce stade est caractérisé par un but pulsionnel double : le plaisir auto-érotique et la recherche de pression relationnelle. Le petit enfant commence à avoir conscience du soi et du non-soi, de l'intérieur et de l'extérieur mais aussi de l'impact qu'il peut avoir sur ses proches. Une phase d'opposition est généralement présente.

Vers 3-4 ans, nous observons en général le stade phallique qui va précéder le complexe d'œdipe. Il est souligné par la prise de conscience de la présence ou l'absence d'un pénis. Cette période va permettre l'affirmation de soi chez l'enfant. La zone érogène sera l'urètre avec, comme pour le plaisir anal, un double plaisir : la miction et la rétention. Lors de ce stade, l'enfant va développer une curiosité infantile pour le monde extérieur mais aussi au niveau sexuel, même si à cet âge nous retrouvons un déni des différences anatomiques. Le questionnement repose simplement sur la présence ou non d'un pénis ce qui va pouvoir entraîner des angoisses de castration (peur de perdre son pénis chez les garçons et envie de le posséder chez les filles).

Le complexe d'Œdipe situé entre 4 et 7 ans va être défini par le dépassement de l'auto-érotisme présent dans les stades pré-génitaux et par la constitution du surmoi et de l'idéal du moi. Cette étape est caractérisée par une triangulation autour de trois personnages : le père, la mère et l'enfant. Il va ressentir du désir pour le parent du sexe opposé et un sentiment de rivalité pour l'autre. Vers 4-5 ans, l'angoisse de castration est présente, au prix de cette angoisse l'enfant va accepter la différence anatomique des sexes, la présence d'hommes et de femmes.

Freud distingue le complexe d'œdipe chez la fille et le garçon. Il le décrit en 4 temps, le premier étant commun avant l'angoisse de castration et marqué par la croyance commune aux deux sexes.

Ensuite chez les garçons, la menace de perdre son membre s'il continue à désirer sa mère va entraîner le renoncement de ces fantasmes incestueux. Puis le garçon va prendre conscience de l'absence de pénis chez la petite fille, encore trop tôt pour l'accepter il va se persuader qu'elle en est également pourvue mais qu'il n'est pas assez grand pour être visible. Le dernier stade est défini par la découverte de la mère sans pénis. Il va prendre conscience de la réalité, accepter la loi de l'interdit, de l'inceste et se détourner de sa mère. Le père devient le modèle identificatoire.

Chez la fille, au contraire, c'est l'angoisse de castration qui va entraîner le complexe œdipien. Elle va se rendre compte de son absence de pénis et vouloir le posséder. Progressivement, elle va découvrir que sa mère aussi en est dépourvue et donc ressentir de la haine pour elle. Puis, elle va transférer les sentiments de tendresse et d'affection de sa mère envers son père. Pour finir le désir de posséder un pénis va se transformer en désir de jouir du pénis avec l'envie d'avoir un enfant du père. (Michel & Purper-Ouakil, 2006)

Une fois la phase œdipienne passée, nous arrivons à la période de latence qui dure environ de 7 à 12 ans ou elle va laisser la place à la puberté et à l'adolescence. La phase de latence est caractérisé par l'ouverture au monde extérieur : amis, école, passe-temps... Contrairement aux précédents stades, elle n'est pas régie par des nouvelles zones érogènes, le développement sexué est calme et l'enfant ressent d'avantage des sentiments de tendresse et de respect envers ses parents. On parle de renversement des pulsions agressives.

Avoir conscience de ces différentes phases de développement psycho-affectifs va nous permettre de mieux comprendre le lien avec la violence.

2.1.3 La violence et l'enfant

D'après l'approche psychanalytique, la violence chez l'enfant serait le reflet d'un défaut de fonctionnement au niveau psychique ou d'un retard de développement (Rigaud C, André P). D'autres auteurs s'entendent à dire qu'elle est due à l'environnement dans lequel il grandit (Le Run, 2012., Tarquis, 2002). Par exemple, une fois adulte, un enfant ayant subi ou ayant été victime de violence, trouvera cela en quelque sorte normal et aura ce réflexe plus facilement au cours de sa vie.

Aux vues du développement de l'enfant, nous comprenons que les stades pré-génitaux sont marqués par des pulsions, celles-ci peuvent conduire à la violence. Elle est souvent la manifestation d'une frustration, d'un malaise interne, d'un débordement d'émotion que l'enfant n'arrive pas à exprimer par des mots. Il n'arrive pas à contenir ses instincts primaires et cela se traduit par un passage à l'acte. La violence apparaît comme normale jusqu'à l'âge de 3-4 ans environ. Puis petit à petit, les réponses perçues vont permettre à l'enfant d'accepter l'interdit et la frustration. Il va se construire et abandonner ses comportements violents pour favoriser la parole. Dans ma situation, le jet d'objet de Nathan était probablement la manifestation de cette frustration.

La violence peut aussi être pour lui un moyen d'attirer l'attention ou une recherche d'affrontement. Notamment vers 2 ans, il va commencer à prendre conscience du soi et du non soi, et vouloir prendre ses propres décisions en accord ou non avec ses parents.

Lorsqu'il grandit, vers 6-7 ans si les précédents stades sont terminés, il va plus facilement passer par la parole lorsqu'il se sentira frustré, démuni, ou aura besoin d'exprimer son ressenti.

En définitif, la violence chez le petit enfant paraît « normale », plus ou moins présente en fonction de chaque personne. Il semble important pour l'entourage d'être patient et de lui donner des réponses appropriées. Après 6-7 ans, elle s'avère « moins normale », ce qui conduirait à s'interroger sur les causes. (Minute Facile, 2013)

Au vu de l'âge de l'enfant, la violence pédiatrique semble avoir une signification différente. Nous allons nous intéresser de plus près au sujet de la violence afin de mieux la comprendre.

2.2 Généralités sur la violence

2.2.1 Définition

Lorsque j'ai commencé à rédiger ma situation d'appel et me questionner dessus, je me suis vite aperçue que parfois j'utilisais le mot « violence » et d'autres fois « agressivité » sans connaître les nuances de définition entre ces deux termes.

2.2.1.1 Agitation

Avant de parler de l'agressivité et de la violence, il est intéressant d'expliquer le terme d'agitation. Celle-ci « se définit par un excès d'activité ou de mouvements pouvant se compliquer de manifestations agressives ou violentes et constitue dans ce cas une urgence. » (Guelfi, Rouilleon, 2012).

Elle peut-être décrite comme le premier passage pour arriver à la violence. Avant d'être violent, on peut observer des signes et des comportements s'apparentant à de l'agitation comme une augmentation du volume de la voix ou une instabilité motrice.

Certains auteurs comme Friard. D (2014) nous disent également que le terme employé pour décrire une situation dépendrait de ce qu'on souhaite analyser. Si l'on parle d'agitation, cela renvoie à se poser la question sur les causes de ce comportement (facteurs personnels et environnementaux) et par conséquent sur la personne agitée. Au contraire, utiliser le mot de violence renverrait plutôt à parler de la victime et de son ressenti.

2.2.1.2 Agressivité

Le mot agressivité est originaire du latin, ad-gressere qui se traduit par « aller au-devant de l'autre » ou « attaquer » (Nimier, J., & Martel, B). Les auteurs Bernard et Trouvé (P. Bernard, & S. Trouvé, 1977, cité dans Badiane, K. & Devers, G., 2003) nous disent également que : « L'agressivité qualifie aussi bien un comportement, une conduite, un sentiment, une pulsion ou un instinct. »

Elle peut-être définie de différentes manières, pas seulement comme synonyme de comportements hostiles et destructeurs. Elle est très variée et diversifiée, tout en ayant toujours pour finalité de nuire de manière consciente ou non à autrui. Cela peut être aussi bien une attitude menaçante que de l'évitement ou de l'indifférence vis-à-vis d'autrui qui

aurait besoin d'aide (Badiane, K., & Devers, G., 2003). De plus, l'agressivité fait partie du développement humain et permet dans certaines situations à une personne de continuer sa vie, c'est une étape parfois nécessaire à la construction personnelle de chacun qu'il soit adulte ou enfant.

Par exemple, lorsque nous subissons une épreuve difficile à accepter tel qu'un deuil, un divorce ou des conflits familiaux, l'agressivité apparaît régulièrement. Elle est inscrite dans le fonctionnement humain afin de permettre l'acceptation de la situation et de continuer avec ces changements. On pourrait ainsi définir deux types d'agressivité, l'une visant à l'affirmation de soi et une autre ayant pour but la protection et la défense.

De plus dans le développement de notre personnalité, comme nous l'avons évoqué dans la partie pédiatrie. C'est un processus normal vers 2-3 ans. En effet, l'enfant se construit et comprend qu'il va avoir un impact sur son environnement. Il va volontairement avoir des comportements agressifs ou provocateurs avec ses parents ou son entourage. En fonction des réponses qu'il va recevoir, il va continuer à se construire avec comme pensée que l'agressivité est positive ou négative. Ce passage pourra influencer la nature de l'agressivité de chaque personne une fois adulte. (Rigaud C, André P)

2.2.1.3 Violence

On parle souvent de violence dans les soins, de la part des soignants ou des patients mais qu'est-ce que la violence ?

Étymologiquement le mot « violence » signifie « force en action, force exercée contre quelqu'un », il est dérivé du latin « vis ». Le pluriel « vires » désigne les forces physiques nécessaires pour exercer la « vis » (Poujouly, 2012, p.302-304). De plus, d'après l'Organisation Mondiale de la Santé (2016) « la violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès. »

Bergeret (1984) ajoute que « la violence fondamentale » c'est comme un instinct de survie, ce qui signifie « une attitude mentale purement défensive à l'égard de l'autre, sans aucune connotation haineuse ou sadique, mais aussi sans qu'une coloration libidinale puisse déjà organiser la relation ».

« Associer les termes « violence » et « soin » peut sembler paradoxal. La violence serait la manifestation du mal, alors que le soin incarnerait le bien. La violence aurait une visée destructrice, alors que le soin aurait pour but de réparer, d'accompagner les souffrances physiques, psychique et même sociales ; » (Badiane & Devers, 2003, p. 73)

La violence dans les soins, c'est aussi bien un infirmier tué en lien avec son travail (dans ou en dehors du cadre de soins) qu'un soignant subissant un harcèlement continué qui va l'empêcher de réfléchir et d'agir en toute sérénité.

Lorsque l'on souhaite la définir par rapport au développement, nous pouvons dire qu'elle est le reflet d'un défaut de la construction psychique de la petite enfance. Elle serait la manifestation d'une identité qui n'a pas pu se construire dans un environnement sûr et donc une manière pour l'humain de se protéger du danger qu'il perçoit. Toujours lié au développement humain, il existe la théorie comme quoi le comportement violent est appris et développé en fonction de notre enfance. En effet, en fonction de la réponse obtenue, il peut être reproduit (par un apprentissage inconscient). Si l'enfant est récompensé ou qu'il ressent un réconfort à la suite de cette action, alors il va la reproduire pour ressentir à nouveau ce sentiment. En lien avec notre environnement, s'il a pour modèle une personne violente, il va penser que ce comportement est normal et par conséquent le refaire à son tour.

Après avoir précisé ces différents termes, je dirai que ma situation parle de violence et non d'agressivité. Effectivement, Nathan a pu percevoir notre question et le fait qu'il soit le centre de l'attention comme une menace et il a voulu réagir pour se défendre. Nous avons pu expliquer les termes d'agitation, d'agressivité et de violence.

Associer ce dernier terme aux soins est surprenant et pourtant cela est présent dans notre métier. Afin de mieux comprendre son impact sur notre posture professionnelle, nous allons nous intéresser aux différents types de violences.

2.2.2 Différents types de violences

La violence se précise selon quatre catégories dite verbale, physique, psychologique et sexuelle. Dans un contexte de soin, elles peuvent être présentes.

La violence physique s'apparentera au passage à l'acte, c'est la forme qui est déclarée comme visible. Elle touche à l'intégrité physique ou matérielle d'une personne (par exemple, lorsqu'une infirmière se fait frapper ou tuer par un patient).

Au contraire, la violence verbale peut se définir comme le prémice d'un passage à l'acte, elle n'est pas visible, est ressentie différemment par chacun, courante mais souvent minimisée. Elle est plus ou moins répétitive et peut aller de l'insulte à un haussement de voix.

On distingue également la violence psychologique, tout comme au niveau verbal, elle est invisible et subjective. Elle peut prendre différentes formes et touche à l'intégrité psychique d'une personne. Elle peut être aiguë ou chronique, en passant par des menaces verbales, des humiliations ou l'ignorance de l'autre.

La violence sexuelle peut être associée à d'autres types de violences elle est définie par tout acte, parole ou toutes choses à connotation sexuelle non partagée et non consentie des deux côtés. Elle peut aller du harcèlement sexuel à l'agression sexuelle avec ou sans pénétration. (E. Gbezo, 2011)

Maintenant que nous avons aperçu les différents types de violences. Il semble que c'est la violence physique qui se manifestait davantage dans la situation étudiée. Notamment de la part de Nathan envers Ethan lorsqu'il lui court après pour le frapper, mais aussi envers Marie, la psychologue, lorsqu'il essaie de la mordre ou de la griffer. Sylvie, l'orthophoniste, est victime de violences physiques et verbales. En effet, lorsqu'elle demande à Nathan comment il va, il lui lance un objet dessus en criant « non ». À ce moment, nous pourrions nous dire que Sylvie n'a pas été touchée et qu'il n'y a pas eu violence physique. Cependant le geste d'attaque était présent ainsi que les sentiments que l'on éprouve lors d'une agression. De la même manière, ce simple « non » peut paraître anodin mais comme nous l'avons expliqué précédemment la violence verbale ne se caractérise pas seulement par des insultes mais aussi par des simples haussements de ton.

Dans ma situation, la violence est commise par un enfant que nous prenons en charge, nous le connaissons ainsi que son comportement. Toutefois, les acteurs de violences sont multiples tout comme les victimes. Du fait de notre posture professionnelle, je pense que l'impact peut être différent en fonction du type de violence, du contexte et de l'auteur de celle-ci.

2.2.3 Auteurs de la violence

La violence peut être perpétrée par tous dans un milieu médical, de manière interprofessionnelle et/ou extra-professionnelle. Nous allons nous intéresser à celle commise par des patients et plus particulièrement des enfants envers des infirmiers.

D'après la Commission européenne (cité dans OIT, CII, OMS, & ISP, 2002, p.3) , la violence au travail est définie comme tout « Incident où le personnel est maltraité, menacé ou agressé dans le cours de son activité professionnelle, y compris lors des déplacements depuis ou vers son lieu de travail, et incidents qui mettent en danger sa sécurité, son bien-être ou sa santé. »

En tant qu'infirmiers, nous pouvons être victimes de violence de la part des patients hospitalisés ou consultants. Cela peut être volontaire ou non, lié à une pathologie ou des attentes personnelles. Les visiteurs ou accompagnateurs peuvent également en être les auteurs. Souvent elle est la manifestation de leurs inquiétudes et/ou de leurs angoisses vis-à-vis de leurs proches (par exemple, elle peut être le fait des parents ou le compagnon d'une personne hospitalisée...). Ces auteurs sont le plus souvent prévisibles ou envisageables. Il est possible d'adapter nos actions de façon à limiter les angoisses et donc les situations agressives. Cependant la violence peut également être complètement imprévisible, elle va être réalisée par des tiers extérieurs liés à un attentat ou encore à des personnes qui viennent régler leurs comptes avec une personne hospitalisée (Bernard E. Gbézo, 2011).

En fonction des auteurs de violence, de la prévisibilité ou non d'arriver à cette situation, notre posture va être différemment influencée. Notre sujet concerne la violence due à une pathologie ou à des facteurs environnementaux, commise par des enfants envers les infirmiers.

Dans ma situation, l'auteur est prévisible, elle est perpétrée par un enfant qui vient pour des retards de développement se manifestant par des angoisses et de la violence. Lorsque nous allons à ces groupes thérapeutiques nous savons qu'un ou plusieurs des enfants présents va probablement avoir un comportement violent ou agressif envers nous ou ses camarades. Le fait de connaître l'environnement dans lequel nous serons ainsi que l'équipe avec qui nous travaillons va nous aider à mettre en place des choses pour réagir au mieux lors de ces situations mais aussi à adapter notre posture professionnelle. Par exemple, lors de ce stage, l'équipe avait ce temps dédié après les groupes pour parler des enfants, de leur évolution.

Ce temps d'échange était aussi l'occasion de revenir si besoin, sur des moments précis de l'activité et sur la réaction que nous avons eue, ou ce que cela pouvait provoquer intérieurement.

Ma posture va donc être influencée différemment de par la prévisibilité d'une situation. Si l'agresseur est imprévisible, comme le cas d'un adolescent qui venait pour une blessure. Les auteurs de cette actes sont arrivés pendant que nous sommes dans la chambre, et ils veulent continuer à le battre malgré les protestations de l'IDE. Dans cette situation, je me retrouve sur le fait, et n'est pas pu prévoir cette acte. De plus, en fonction de l'auteur, enfant, adolescent, adulte ou personnes âgés, ma posture sera sans doute différente selon la relation soignant-soigné établie, le degré et le type de violence en cause.

Les auteurs de violence sont multiples tout comme les victimes. On peut penser que la seule victime est la personne recevant un coup ou qui a été insultée mais elle ne touche pas seulement une personne.

2.2.4 La ou les victimes de violences

Discuter de la violence nous amène à parler des victimes de celle-ci. On peut définir le terme victime comme une « personne qui subit les conséquences fâcheuses ou funestes de quelques choses, des événements, des agissements d'autrui. » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales)

En 1985, l'Assemblée générale des Nations Unies s'entend à dire que « "victimes" désigne des personnes qui, individuellement ou collectivement, ont subi un préjudice, notamment une atteinte à leur intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle, ou une atteinte grave à leurs droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un État Membre, y compris celles qui proscrivent les abus criminels de pouvoir ».

Plus, récemment, le Conseil de l'Union européenne (2012) ajoutait que la victime est : « toute personne physique ayant subi un préjudice, y compris une atteinte à son intégrité physique, mentale, ou émotionnelle ou une perte matérielle, qui a été directement causé par une infraction pénale ».

On distingue trois types de victimes, dites primaires, secondaires et tertiaires.

La victime primaire ou directe est la personne qui a été confrontée à la violence, à l'agressions. Lors d'un évènement traumatique, elle peut avoir été sujet, acteur ou témoin. Par exemple, lors de ma situation, lorsque le jouet a été lancé sur Sylvie, elle a subi cet acte. Elle était sujet. Moi-même ainsi que les soignants et enfants présents avons été témoins de la scène, nous pourrions tous être considérés comme des victimes primaires.

Les victimes secondaires ou indirectes n'étaient pas présentes lors de la scène, celles-ci le deviennent de par leur proximité émotionnelle avec la victime directe. Par exemple, lorsque qu'un évènement traumatique a eu lieu, une personne peut tomber en dépression ou il peut y avoir un décès. Dans ce cas, la famille ou les amis vont devenir des victimes secondaires, leurs vie sera influencée par les conséquences de ce traumatisme sur leurs proches.

Le dernier type de victimes est dit tertiaire ou potentielle, il désigne les personnes qui n'étaient pas présentes et qui n'ont pas de lien émotionnel avec les victimes primaires mais qui peuvent appartenir à un même groupe. Par exemple, si une infirmière se fait agresser et que la scène est filmée ou qu'on nous relate cette agression. D'autres professionnels de santé peuvent s'identifier à cette situation et développer un sentiment d'angoisse ou de peur que cela lui arrive. Ce qui pourra influencer leurs postures dans les jours à venir lorsqu'ils s'occuperont d'un patient. Un infirmier qui pense qu'il va se faire agresser par un patient et qui n'arrive pas à se défaire de ce sentiment aura une attitude différente. Si j'ai peur, je pourrais avoir une attitude défensive ou autoritaire ce qui pourra favoriser le conflit. (Josse, 2006)

Nous venons de voir les caractéristiques entourant le terme d'auteurs et de victimes de violences afin de mieux comprendre comment ils vont impacter singulièrement notre posture. En tant qu'infirmier, peu importe la situation rencontrée, un cadre législatif est présent. Avoir connaissance de nos droits et de la réglementation qui nous entourent me semble important, en fonction de celle-ci nous allons pouvoir adapter nos réactions.

2.2.5 Cadre législatif

La violence apparaît de plus en plus régulièrement dans le domaine de la santé, elle est souvent minimisée et peu connue. Pourtant, tout le monde a des droits, des devoirs et reste soumis à la loi.

L'article L.714-12 du Code de la santé publique explique que tous directeurs d'établissement disposent d'un pouvoir de police. Il fait donc figure d'autorité pour résoudre les situations de violence rencontrées comme précisé dans le décret du 14 janvier 1974, l'article 46 nous dit

que « les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des malades ni gêner le fonctionnement des services. Lorsque cette obligation n'est pas respectée, l'expulsion du visiteur et l'interdiction de visite pourront être décidées par le directeur ». De plus, l'article 48 de ce même décret ajoute que: « Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur général (ou le directeur) prend, avec l'accord du médecin chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion de l'intéressé. » (Legifrance., 2003).

L'infirmier a le droit de porter plainte contre un patient s'il a été victime de violences. L'article 11 de la loi du 13 juillet 1983, paragraphe IV stipule que :

La collectivité publique est tenue de protéger le fonctionnaire contre les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée. Elle est tenue de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté. (Legifrance, 2018)

Dans le cadre de violence, l'Ordre National des Infirmiers conseille de ne pas rester inactifs, malgré la peur des représailles. Il est important pour la personne mais aussi pour ses collègues de parler. Divers dispositifs sont disponibles pour aider les infirmiers face à ces situations. Il est possible de contacter le conseil départemental de l'ordre des infirmiers. Il est présent pour écouter, soutenir et aider dans les démarches à suivre. Comme pour toutes victimes de violences, il est également possible de prendre contact avec un avocat, de nombreuses associations d'aide aux victimes existent. Elles peuvent aussi vous aider et fournir un soutien juridique, sociale, ou psychologique. D'autres organismes sont disponibles comme le bureau d'aide aux victimes et le centre départemental d'accès aux droits.

Connaître ces informations en tant qu'infirmier est important. Inconsciemment si l'on connaît ses droits et ce qui est mis en place pour nous protéger, notre posture sera différente : si je me sens protégé(e) dans le cadre de mon métier, je serai plus rassuré(e) et ainsi plus disponible pour les patients et pour gérer des situations de crise. Cependant, plusieurs facteurs qu'il nous faut connaître, contribuent à l'apparition de situations violentes.

2.2.6 Facteurs influençant le risque de violence

Dans le monde, nous agissons tous différemment en fonction d'une multitude d'éléments et notre attitude va contribuer à créer des situations particulières, source de joie ou de violence. Je me suis interrogée sur les facteurs qui vont influencer la violence et me suis posée diverses questions liées à cela. Pourquoi il y a plus de violence dans cet endroit ? Quels sont les facteurs la favorisant ? Qu'est-ce qui modifie mon attitude en faveur ou non d'agressivité ?

Mes recherches m'ont permis de noter plusieurs axes favorisant la violence, liés à des facteurs individuels, interpersonnels (lié aux soignants) et environnementaux (l'organisation du travail). Des facteurs personnels peuvent accroître le risque de violence, comme une personne alcoolique, toxicomane, souffrant de troubles psychiques ou organiques. Quelqu'un d'impulsif ou ayant vécu dans la violence aura plus de chances d'être auteur de celle-ci.

Au niveau interpersonnel, nous pouvons dire qu'un soignant sur la défensive, stressé, épuisé ou ayant une attitude provocatrice (verbale ou physique) se retrouvera plus vite en situation de violence (que ce soit en tant qu'acteur ou victime). En effet, un soignant dans un bon état d'esprit va plus facilement observer les signes d'agressivité imminente et peut-être réussir à calmer son interlocuteur.

Notre environnement influence également le risque de situation violente. Nous pouvons noter un temps d'attente prolongé, la diminution des effectifs avec le même nombre de patients et la surcharge de travail. De plus, la circulation est libre dans beaucoup de services ce qui aide à l'intrusion de bandes ou de personnes non appropriées et la sécurité est moindre (Bernard E. Gbézo, 2011).

Dans « Les soignants face à la violence » Bernard E. Gbézo (2011) nous parle également de 9 besoins (espace vital, le mode de communication, l'estime de soi, l'identité, l'autonomie, le rythme, la compréhension, le confort, la sécurité) qui seraient déclencheurs de réactions agressives s'ils ne sont pas respectés.

L'espace vital, c'est-à-dire la distance avec autrui, s'il n'est pas mis en place par les deux côtés, la personne pourra se sentir menacée, envahie et réagir par de l'agressivité. Le mode de communication revient au facteur individuel cité plus haut. Notre façon de parler ou notre attitude vont influencer chaque situation. Par exemple, un patient qui veut des réponses à ses questions et qui commence à s'agiter, l'infirmier arrive en s'approchant près de lui et en

haussant le ton avec une attitude de supériorité. Cela aura probablement pour conséquence d'augmenter l'agitation du patient.

Ensuite nous retrouvons l'estime de soi et son identité. Chaque individu a besoin de se sentir reconnu et respecté comme quelqu'un d'unique et non comme un numéro. L'autonomie, le rythme et la compréhension se rejoignent pour être dans une relation saine. L'humain a besoin de prendre ses propres décisions, il évolue à son rythme et se sent compris et écouté.

Si le besoin de confort n'est pas assouvi, nous allons vouloir sortir de cette situation afin de le retrouver. Pour finir, je citerais le besoin de sécurité, tout être humain a le désir d'être protégé et en sécurité. Effectivement, l'angoisse peut être présente ce qui favorisera l'imagination et l'agressivité.

Ces éléments vont impacter l'attitude de notre patient mais aussi la nôtre. Avoir conscience de lors influence pourra nous aider à comprendre le patient, et nous-mêmes afin d'adapter notre posture dans toutes situations pour qu'elle ne deviennent pas violente.

Nous venons de voir plus en détail la complexité de la violence infantile pour comprendre l'enjeu qu'elle représente. En effet, nous avons pu mettre un sens derrière le terme de la pédiatrie, de la violence et de tout ce qui les entourent. Le but de ces recherches était de comprendre en quoi elle avait un impact sur notre posture professionnelle.

2.3 Posture professionnelle

Mon questionnement initial portait sur l'impact de la violence des enfants sur notre posture professionnelle. Afin de mieux comprendre la nature de cet impact, nous allons voir plus précisément ce que nous mettons derrière ce terme pour l'associer ensuite au concept de violence.

2.3.1 La posture professionnelle et ses définitions

La « posture » se définit comme la position de notre corps ou notre attitude, qu'elle soit volontaire ou non, habituelle, particulière ou inhabituelle en fonction de chaque situation. ((Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, s. d. d).

Dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, la posture professionnelle est un « ensemble de connaissances mises en actions (savoir-faire et savoir-être) pour assurer son désir d'efficacité mais aussi pour favoriser un soin basé sur une relation professionnelle avec les individus » (Paillard. C, 2015, p.377) On peut également dire que c'est une « attitude générale ou positionnement (type de comportement, type de gestuelle, type de relation, type de démarche, type de compétences, type de langage ...) adapté pour exercer un métier, tenir un rôle professionnel, exercer une fonction, remplir une mission » (Le Boterf, 1997)

Afin d'enrichir mes recherches théoriques j'ai également pu réaliser un entretien téléphonique auprès d'une infirmière jeune diplômée qui travaille depuis 9 mois aux urgences pédiatriques et en pédiatrie générale. Lorsque je lui ai demandé comment elle définirait sa posture professionnelle, elle m'a répondu

« qu'en tant qu'infirmière, elle considère sa posture professionnelle comme un tout. Ce n'est pas juste être une technicienne, faire pour faire mais plutôt un ensemble de soins. Elle adapte sa posture en fonction du patient, s'il veut parler, elle est présente, s'il y a besoin de négocier elle le fera. »

De plus, elle m'a fait remarquer que sa posture était adaptée à la population rencontrée, ici des enfants et des adolescents à qui on s'adressera différemment en fonction de leurs âges.

De mon point de vue, je serai du même avis, je pense que notre posture professionnelle représente ce que nous sommes en tant qu'infirmiers, à la fois la réalisation de soins techniques mais aussi le temps passer à nous entretenir avec les patients et avec les familles. Cette posture comprend également tout ce que nous faisons en tant que soignants

et toutes les connaissances que nous mobilisons afin de pouvoir nous adapter en fonction de chaque individu et de chaque situation. Ma posture professionnelle actuelle est le reflet de mes acquis en formation et en stage depuis 3 ans mais aussi de mon évolution personnelle, elle a évolué et continuera à le faire tout au long de ma pratique infirmière. Notre posture professionnelle évolue continuellement, tout au long de notre vie et de notre exercice professionnel. Elle semble influencée par notre expérience au fil des situations dans lesquelles nous nous trouvons et par des facteurs propres à chacun.

Maintenant que nous savons ce que signifie cet dénomination « posture professionnelle », nous allons pouvoir l'aborder en association avec des situations de violence.

2.3.2 Notre posture en situation de violence

En tant qu'infirmier, notre posture est continuellement présente, l'analyser dans un contexte de violence ne revient pas seulement à y réfléchir au moment du passage à l'acte mais aussi avant et après celui-ci. Ahmeid Benaïche nous dit « le rôle infirmier, va être de ramener une enveloppe psychique soignante et rassurante » (Santé mentale, 2016).

Avant d'arriver au passage à l'acte dit « violent », nous pouvons mettre en place diverses actions pouvant s'apparenter à de la prévention, qui « se définit comme une intervention qui anticipe sur le risque, sa survenue ou le fait d'y être exposé. » Prévenir, c'est « aller au-devant de quelque chose pour y faire obstacle » (E. Gbezo, 2011, p45)

En tant qu'infirmiers, nous mettons des choses en place afin d'anticiper l'éclatement de la crise émotionnelle. Il peut s'agir de prévention collective ou individuelle, nous pouvons observer des signes révélateurs d'une nervosité importante ou d'un assaut physique et nous adapter (Lapp, 2014). Au niveau de la prévention collective, la présence de vigiles est possible comme aux urgences. L'infirmière que j'ai interrogé m'a également dit que son service avait récemment mis en place des portes qui se ferment et ne peuvent être rouvertes que par les professionnels.

De plus, il nous faut réagir de façon adaptée individuellement. La violence risque d'impacter notre posture et de ce fait, nos actions également.

En effet, trois niveaux de prévention peuvent être décrit, anticipation, protection et correction. Tout d'abord, nous allons évaluer la situation et le degré de crise lorsque nous sentons une agitation. Il est important d'observer la personne, d'anticiper les moyens de se protéger si

besoin et d'évaluer les réactions en fonction de notre attitude. Une fois que nous sommes rassurés sur notre sécurité. Il faut laisser la personne s'exprimer, poser des questions ouvertes ou laisser des silences si cela est nécessaire. Montrer au patient que nous essayons de comprendre son point de vue et sa frustration, que nous sommes présents pour l'aider et disponible pour lui. Lors de cet échange, avoir une attitude calme et des gestes lents est important afin que le patient ne se sente pas agressé (Bernard E. Gbézo, 2011).

Dans ma situation, ces étapes sont discernables. L'anticipation est présente lorsque nous séparons Nathan de son camarade et que celui-ci est toujours énervé. À ce moment là, nous avons analysé la situation et connaissons le risque pour nous de les séparer. Lorsque Nathan se retrouve avec Marie, elle le maintient, lui explique les choses mais aussi qu'elle le comprend. À cet instant, elle a une attitude de protection mais aussi de correction afin de pouvoir continuer le groupe.

Lorsque la violence a eu lieu, cela influence notre posture professionnelle. Au niveau psychologique, Kleber R et Brom D (1992 cité dans E. Gbezo, 2011) définissent trois étapes. La première ayant lieu pendant et immédiatement après le traumatisme, différents sentiments et questionnements vont passer dans l'esprit du soignant. Un sentiment de désorientation, d'incrédulité, d'impuissance, de confusion. Et petit à petit il va prendre conscience du danger encouru ce qui va entraîner un sentiment de peur.

Ensuite, des émotions plus variées vont arriver, « qu'ai – je fait pour que cela m'arrive, c'est de ma faute... », phase de reproche et de questionnement où l'infirmier va revivre la situation. Dans cette phase, de la colère, de la tristesse ou de la culpabilité vont pouvoir apparaître.

La dernière étape consiste en l'acceptation de ce qui s'est passé, les émotions vont devenir moins intenses lorsque le soignant repense au traumatisme. La victime va reprendre le cours de sa vie et le traumatisme se rapprochera du souvenir.

Dans le cadre de ma situation, je n'ai pas été la principale victime contrairement à Sylvie. Cependant, lorsque Nathan a lancé ce jouet, j'ai une place de témoin et d'actrice. Je ne peux pas dire si Sylvie a ressenti ces différentes étapes psychologiques après le regroupement. De la place que j'ai eu, je pense quand même que ce processus a eu lieu de manière inconsciente. Effectivement, lorsque cela s'est produit, je me suis sentie confuse, j'ai pu ressentir un sentiment d'inquiétude pour ma collègue en voyant l'objet passé très près de son visage. Je me suis questionnée sur le positionnement que j'avais eu. Aurais-je du le tenir plus fermement même s'il semblait calmé ? S'il l'avait touché, cela aurait-il été de ma faute ? Ces questions me sont apparues en tant que soignante appartenant à une équipe. Puis je

suis passée par la dernière phase seule mais aussi soutenue par les autres professionnels lors de discussions. J'ai alors pu accepter la situation et continuer à participer aux groupes thérapeutiques sans avoir la crainte que cela se reproduise. Ainsi, lors de la phase d'agression ma posture a été modifiée, d'une place de soutien et de compréhension envers cet enfant, nous sommes arrivés à une attitude plus « autoritaire » afin qu'il puisse se calmer et tout le monde soit en sécurité.

En tant que professionnel de santé, au cours de notre exercice nous étudions des situations vécues afin de faire mieux la prochaine fois. Il existe notamment une grille d'appréciation individuelle ou collective du comportement soignant face à l'agitation (Benaiche, 2014, p. 63) comportant 9 thèmes côtés de 0 à 5. Cet outil va permettre aux soignants de s'interroger sur le déroulé d'une situation et sur la relation qui en a découlé.

Les 9 thèmes sont :

- « Thème 1 : attitude générale du soignant
- Thème 2 : positionnement
- Thème 3 : entrée en relation avec le patient
- Thème 4 : compétence à amener la communication
- Thème 5 : compétence à amener une relation psychodynamique
- Thème 6 : compétences à amener l'élaboration et l'interaction
- Thème 7 : communication et collaboration avec les autres soignants
- Thème 8 : efficacité et pertinence de l'interaction
- Thème 9 : retour post-agitation par le soignant »

Cette grille aborde plusieurs aspects d'une situation. Elle permet d'observer l'attitude que nous avons eue à certain moments, au début de la situation, pendant, et après. Il apparaît que dans un contexte de violence notre posture professionnelle est impactée, de façons différentes en fonction de la temporalité.

Afin de compléter mes recherches théoriques, j'ai également demandé l'avis d'un professionnel. Cet entretien va me permettre d'avoir l'avis d'une professionnelle exerçant dans le milieu de la pédiatrie et qui a pu être confronté à de la violence.

2.3.3 Avis de professionnel

Lors de cet entretien, nous avons abordé le thème de violence et posture. En tant qu'infirmière travaillant aux urgences, lorsque je lui ai demandé si elle pensait que sa posture changeait quand elle était confrontée à la violence, elle m'a expliqué qu'effectivement :

« Arrivé à un certain moment oui je pense, au début on essaie de rester calme, on essaie de trouver un compromis après si l'enfant en face de nous refuse, on est forcément obligé de devenir un peu plus "sévère", d'imposer nos choix et de lui dire que c'est comme ça et pas autrement malheureusement. Parfois on peut essayer de négocier pendant des heures et des heures mais ça va pas marcher parce qu'au final ils n'auront pas ce qu'ils veulent donc oui ça m'est déjà arrivé. Et c'est pas ce qu'on préfère le plus souvent mais arrivé à un moment, on se dit bah voilà c'est comme ça c'est pas autrement. Mais sinon la plupart du temps j'essaie de négocier quand même de trouver un compromis et puis pour que ça se passe mieux pour eux aussi. »

Cette réponse complète les informations de mes recherches. Dans celles-ci nous avons vu comment la posture professionnelle était impactée au niveau de notre fonctionnement personnel et instinctif. Cet entretien nous apporte des éléments sur tout ce qui est relationnel : la violence ce n'est pas seulement j'observe, je me protège et j'essaie d'établir un contact mais il a aussi toute cette part de négociation présente et tout le contexte à adapter à chacun.

Afin d'approfondir cette réflexion, je lui ai également demandé si le fait d'avoir vécu une situation de violence modifiait la suite de sa prise en charge avec l'enfant concerné et les autres patients.

Sa réponse fut spontanée,

« Non pas du tout. Si ma posture professionnelle envers un enfant change un moment donné, même par rapport à l'enfant je vais pas rester comme ça tout le long de l'hospitalisation même s'il va m'en faire voir de "toutes les couleurs" pendant une après-midi. Le lendemain je vais revenir et ce sera peut-être même pas du tout le même, il ce sera complètement calmé par rapport à la veille donc j'essaie de retrouver ma posture professionnelle de départ. Si l'enfant est calme je vois pas pourquoi ça changerait quoi que ce soit.»

Lors de mes recherches, je m'étais également demandé si la violence des enfants pouvait avoir un impact au niveau de notre vie personnelle :

« Euh... Non pas forcément oui, parce que je trouve ça important aussi quand on est professionnel et quand on est face à des situations comme ça de savoir couper. Quand on a fini son travail c'est fait et j'ai envie de dire on reprend notre vie normale et d'ailleurs c'est ce que je pense moi, il faut surtout pas que ça nous change. Au final sinon on sort jamais du travail et on se retrouve dans un cercle vicieux on est tout le temps en train de vivre pour savoir ce qui se passe dans le service. donc non pas du tout. »

Ces éléments d'informations supplémentaires me permettent de développer une thématique peu abordée précédemment, celle de l'impact professionnel et personnel à long terme. En effet, il est plus facile d'imaginer comment je vais réagir au moment de la situation mais il apparaît plus difficile de savoir ce que cela va entraîner ultérieurement. Ici, l'infirmière nous explique bien l'importance de savoir dissocier un moment de la journée avec les autres, de séparer notre « vie » professionnelle et personnelle afin de pouvoir retrouver notre attitude initiale, de pouvoir continuer à avancer et évoluer à tous les niveaux.

Je n'ai pu réaliser qu'un seul entretien téléphonique au vu du contexte sanitaire, pour développer cette thématique, il aurait été intéressant d'interroger d'autres professionnels avec des expériences et lieux d'exercices différents pour enrichir ce point de vue professionnel.

3 Problématique

Ma situation d'appel m'a amené à me questionner sur la violence des enfants envers les infirmiers et l'impact que cela produisait sur notre posture professionnelle. De ces interrogations, j'ai pu effectuer des recherches documentaires qui m'ont permis de mettre en évidence certains éléments.

Tout d'abord, nous avons défini la pédiatrie, en passant par le développement de l'enfant et en parlant de son lien avec la violence. De cette première partie est ressortie le fait que parler d'enfant est un terme très vague. En fonction de nombreux critères tels que l'âge et leur niveau de développement, nous adapterons différemment notre attitude et comprendrons plus facilement certains de leurs comportements. De plus, nous nous sommes aperçus qu'enfance et violence sont étroitement liées. Lors des premières années de vie, l'agressivité est normale de par l'« immaturité psychique » du petit enfant dont le comportement est régi par des pulsions. En grandissant, cette violence est censée diminuer avec l'acceptation des normes sociales et l'apprentissage de nouvelles méthodes pour manifester sa frustration. En fonction de l'âge de l'enfant, les causes de violence seront différentes tous comme sa significations.

Puis nous avons abordé plus en détail le concept de violence. Il s'est avéré qu'elle est complexe, peut se manifester de multiples façons et est ressentie différemment par tout à chacun. Ces causes sont innombrables et dépendent de plusieurs facteurs, certains liés à l'environnement, à notre posture en tant qu'humain mais aussi en tant qu'infirmiers. Afin d'en comprendre les conséquences, nous nous sommes intéressés aux différents types de violences, de victimes, d'auteurs et aux cadres législatifs. En effet tous ces éléments vont influencer notre comportement avant, pendant et après la situation de manière consciente ou non.

Nous avons notamment vu qu'en fonction du type de violence, l'impact sera différent et nos réactions aussi. Au même niveau que ces différents types de violence, son auteur va modifier notre attitude et nous devront adapter notre posture professionnelle en fonction. De plus, cette posture bénéficie également du soutien rassurant d'un cadre législatif. Lors de mes lectures, il m'a également semblé intéressant de parler des victimes. Il m'est apparu important d'avoir conscience que cette violence commise envers un soignant pouvait avoir des conséquences sur d'autres personnes même si elles n'étaient pas présentes.

Pour finir nous avons abordé le sujet des facteurs influençant notre attitude et ceux influençant le risque de situations violentes. À travers cela, nous avons pu comprendre que notre environnement, notre attitude humaine et soignante impactaient énormément la relation avec autrui. Elle peut cependant être source de frustration ou d'anxiété pouvant conduire à de la violence.

Ces recherches ont été nuancées par un entretien avec une infirmière : le terme de posture professionnelle comporte de multiples définitions et beaucoup se rejoignent pour dire qu'elle représente l'ensemble de ce que nous sommes et de ce que nous faisons en tant qu'infirmier. Lorsque j'ai traité la posture professionnelle en situation de violence je me suis également aperçue que nous pouvons être impacté au niveau physique et/ou psychologique. L'entretien m'a conduit à me questionner sur l'impact sur le long terme. De plus j'ai pu me rendre compte que notre posture évoluait, impactait toutes situations rencontrées et conduire soit à une relation de confiance, à un compromis ou à de l'agressivité.

Ces recherches m'ont permis d'explorer des concepts, certains d'entre eux plus que d'autres. Pour poursuivre, j'aurais aimé approfondir le sujet de notre posture professionnelle en lien avec le patient, dans le domaine de la pédiatrie, en fonction de son âge : que ce soit un nourrisson, un enfant ou un adolescent.

Ce travail m'a permis de m'enrichir et fait émerger en moi un nouveau questionnement, dans les différentes parties de ma réflexion. Je me suis aperçue que la violence allait avoir un impact sur la posture professionnelle de l'infirmier, cependant il m'est également apparu que notre attitude allait elle aussi influencer les situations dans laquelle nous nous trouvons, que ce soit vers de la violence ou une relation de confiance.

À partir de cette réflexion de plusieurs mois, j'ai pu établir une question de recherche.

Comment notre posture professionnelle va-t-elle influencer la relation soignante soignée avec l'enfant ?

4 Phase d'enquête

Dans le cadre de cette nouvelle question de recherche, une phase d'enquête serait nécessaire si je devais continuer ce travail.

4.1 Choix de la méthode

Afin de réaliser cette enquête plusieurs outils s'offrent à moi. Il peut s'agir d'un questionnaire, d'une observation sur le terrain ou encore d'entretiens avec des professionnels. J'ai décidé de réaliser des entretiens exploratoires avec des professionnels même si réaliser des entretiens possède des inconvénients. En effet, cela limite le nombre de personnes interrogées et la diversité des réponses contrairement au questionnaire. Effectuer des entretiens va permettre de « choisir » les personnes interrogées en fonction de mon thème.

Il existe de nombreuses formes d'entretien qui présentent des avantages et des inconvénients, ils peuvent être directifs, semi-directifs et non directifs. J'ai décidé de réaliser un entretien semi-directif afin de pouvoir guider l'échange vers mon sujet de travail grâce à mes questions préalablement préparées - tout en restant disponible pour aborder d'autres points liés à mon thème principal. Ce type d'entretien permet également un temps d'échange « libre » où les professionnels vont pouvoir aborder des éléments auxquels ils pensent lors de cet échange.

4.2 Population

J'aimerais réaliser un entretien avec au moins deux infirmiers travaillant aux urgences pédiatriques, en pédopsychiatrie et en pédiatrie général afin d'avoir différents avis en fonction des secteurs. De plus, si possible des professionnels n'ayant pas le même niveau d'ancienneté dans le métier ou au moins dans le service où ils sont actuellement. Cela aurait pour but d'avoir des avis en fonction des secteurs d'activités, en effet nos missions ainsi que l'environnement et la population rencontrée sont hétérogènes. Mon questionnement portant sur la posture professionnelle je pense qu'interroger des infirmiers n'ayant pas la même expérience me permettrait d'avoir de multiples visions vis-à-vis de la relation soignante soignée en pédiatrie.

5 Conclusion

Ce travail de fin d'études est la conclusion de nombreuses recherches et d'une réflexion personnelle de plusieurs mois.

Il a commencé par la rencontre d'une situation où un enfant était violent envers les soignants. De cela est ressortie une question de départ : en quoi la violence des enfants envers les infirmiers a un impact sur notre posture professionnelle ? À partir de cette question, j'ai entrepris un travail d'études qui m'a conduit à une nouvelle question de recherche : comment notre posture professionnelle va-t-elle influencer la relation soignant(e) soigné(e) avec l'enfant ?

Toutefois, mon travail s'est cependant retrouvé impacté par la survenue de la crise sanitaire. En effet, j'aurais souhaité interroger plus d'infirmières, pour enrichir ma réflexion et confronter les avis sur notre posture professionnelle, surtout dans le domaine pédiatrique. C'est un domaine d'exercice et relationnel particulier mais qui n'était peut-être pas assez spécifié pour ce travail de recherche. En effet, nous avons vu que les différents niveaux de développement de l'enfant sont très variés car très étendus dans le temps. De ce fait, peut-être la recherche aurait pu être plus pertinente si elle avait été centrée sur une tranche d'âge plus spécifique.

Ces mois de travail ont été enrichissants pour moi, tant aux niveaux personnels que professionnels. Au fur et à mesure de mes lectures, j'ai pu me découvrir un réel intérêt pour mon sujet. Aujourd'hui je pense que je vais continuer à lire des ouvrages ou articles liés à la profession d'infirmière afin de continuer à m'enrichir. De plus, ce type de travail était une découverte pour moi et ayant des difficultés avec l'orthographe et la syntaxe, il m'a fallu travailler sur moi-même et m'améliorer, ce qui je pense me sera bénéfique et utile dans mon futur métier.

Ce travail m'a permis de mieux comprendre les concepts de violence en pédiatrie, en tant que future infirmière j'ai pu prendre conscience de tous les facteurs qui l'influencent. Je pense qu'à l'avenir lorsque je rencontrerai des situations de violence, de par mes connaissances j'essaierai d'adopter la meilleure attitude possible.

Bibliographie

Article :

- Badiane, K., & Devers, G. (2003). Regards sur la violence. *Droit, déontologie & soin*, 3(1), 73-114.
- Benaïche, A. (2014). Évaluer la relation de soins face à l'agitation. *Santé Mentale, L'agitation* (187), 60-65
- Bourgeois F. (2017). Agir dans les situations complexes d'agressivité. *La revue de l'infirmière* (n°233) Violence et soins
- Friard, D. (2014). De l'agitation à la violence. *Santé Mentale. L'agitation* (187), 18-25
- Josse, E. (2006). Victimes, une épopée conceptuelle – Première partie définitions. *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. Repéré sur : <http://www.resilience-psy.com/spip.php?article36>
- Ladsous, J. (2007). Posture du corps et de l'esprit. *VST - Vie sociale et traitements*, 96(4), 74-77. doi:10.3917/vst.096.0074. Repéré sur : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2007-4-page-74.htm>
- Lapp Ayméric. (2014), L'infirmière face à une crise émotionnelle aiguë. *La revue de l'infirmière* (201), 47-48
- Lebain, P. (2014). Sémiologie et thérapeutique de l'agitation. *Santé Mentale, L'agitation* (187), 26-31
- Le Run, J. (2012). Les mécanismes psychologiques de la violence. *Enfances & Psy*, 54(1), 23-34. doi:10.3917/ep.054.0023. Repéré sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2012-1-page-23.htm>
- Raoult P, A. (2014). Le soignants face à l'agitation et à la violence. *Santé Mentale, L'agitation* (187), 66-70
- Rigaud C, André P. L'enfant hyperviolent, *Pathologie*, 72-74
- Tarquis, N. (2002). La violence psychanalytique. *Journal du droit des jeunes*, 215(5), 24-25. doi:10.3917/jdj.215.0024. Repéré sur : <https://www.cairn.info/revue-journal-du-droit-des-jeunes-2002-5-page-24.htm>

Ouvrage :

- Bergeret, J. *La violence et la vie*, Paris, Payot, 1994
- Duvergner, P. (s. d.). *Stade du développement affectif de l'enfant*. Dans CEMEA-INFOP (Éd.), *Psychologie et développement de l'enfant* (p. 78-86). Repéré sur : https://ressources-cemea-pdll.org/IMG/pdf/developpement_enfant_dossier.pdf

- Gbezo, Bernard E. (2011) *Les soignants face à la violence*. 2ème édition. Rueil-Malmaison : Lamarre
- Giudicelli-Delage, G. & Lazerges, C. (2008). *La victime sur la scène pénale en Europe*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.giud.2008.01. Repéré sur : <https://www.cairn.info/la-victime-sur-la-scene-penale-en-europe--9782130557777-page-17.htm?contenu=article>
- Le Boterf, G. (2 juillet 1997) Pour une définition plus rigoureuse de la compétence. *Le monde*.
- Mallay, D (2000). *Modulo pratique pédiatrie*. Paris, France. Edition Estem
- Michel, G., Purper-Ouakil, D. (2006). *Personnalité et développement : Du normal au pathologique*. France : Édition Dunod. Page 50-60.
- Paillard, C. Dictionnaire des concepts en soins infirmiers. 2e édition. Setes éditions, Avril 2015. 522 pages. ISBN 979-10-91515-28-3
- Schäfer-Altiparmakian, M. (s. d.). Historique du développement et de la psychologie de l'enfant. Dans CEMEA-INFOP (Éd.), *Psychologie et développement de l'enfant* (p. 13-22). Repéré sur : https://ressources-cemea-pdll.org/IMG/pdf/developpement_enfant_dossier.pdf

Textes législatifs et documents ministériels :

- Agence régionale de santé . (2018, juillet 23). L'observatoire national des violences en milieu de santé : chiffres clés 2018. Repéré sur : <https://www.ars.sante.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-chiffres-cles-2018>
- Agence régionale de santé. (2019, juillet 24). L'observatoire national des violences en milieu de santé : chiffres clés 2019. Repéré sur : <https://www.ars.sante.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-chiffres-cles-2019>
- HCDH | Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir. (1985). Repéré sur : <https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/VictimsOfCrimeAndAbuseOfPower.aspx>
- Journal officiel de l'Union européenne. (2012). *Directive 2012/29/UE du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2012 établissant des normes minimales concernant les droits, le soutien et la protection des victimes de la criminalité et remplaçant la décision-cadre 2001/220/JAI du Conseil*. Repéré sur : <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/fr/TXT/?uri=CELEX:32012L0029>
- Legifrance. (2003, mai 26). Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux. | Legifrance. Repéré

sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006062174&dateTexte=20030526>

Legifrance. (2018, août 12). Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors. - Article 11 | Legifrance. Repéré sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=LEGIART1000037313626&cidTexte=LEGITEXT000006068812&dateTexte=20180812>

Usuels (Dictionnaires et encyclopédies) :

Pédiatrie. (2012). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*.

Repéré sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/pediatrie>

Posture. Dans *Centre Nationale de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*. (s. d.).

Repéré sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/posture>

Prévention. (2012). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*.

Repéré sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/prevention>

Victimes. (2012). Dans *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL)*.

Repéré sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/victimes>

Vidéo consultée en ligne :

Minute Facile. (2013, octobre 20). *Mon enfant est violent : que faire ?* [Vidéo en ligne].

Repéré sur : <https://www.youtube.com/watch?v=hLQFCcq58qw>

Santé Mentale. (2016, février 2). *Ahmed Benaiche - Travailler la violence à partir de la Grille d'appréciation de l'agitation* [Vidéo en ligne]. Repéré sur : <https://www.youtube.com/watch?v=eFLYSmO2b30>

Webographie :

Bureau International du Travail, Conseil International des Infirmières, Organisation Mondiale de la Santé, Internationale des Services publics.

Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé.

Genève, Bureau international du Travail, 2002. Repéré sur : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/workplace_violence.fr.pdf

Conseil National - Portail National de l'ONI. (s. d.). Repéré sur : <https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/Fiche%20violences%20infirmiers.pdf>

Corcelle, Christelle / Memoire online. La qualité du réveil en salle de surveillance post-interventionnelle. Les concepts. Repéré sur : https://www.memoireonline.com/05/13/7173/m_La-qualite-du-reveil-en-salle-de-surveillance-post-interventionnelle5.html

- De Vigan, D. (s. d.). Citation Delphine de Vigan guerre : Je croyais que la violence était... Repéré sur : <https://citations.ouest-france.fr/citation-delphine-de-vigan/croyais-violence-etait-cris-coups-48091.html>
- Devoti, S. (s. d.). SEBASTIEN DEVOTI. Repéré sur : <https://www.psychologue44montoir.fr/sebastien-devoti#!>
- Giffard, D. I. D. S. P. (2011). le moi: instance psychique, structure psychologique de l'inconscient (Freud). Repéré sur : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/definition/instances/moi.htm>
- Malgoire Lorin, A. (2008). PsychiatrieMed - Graphosphre : Les Etapes du Developpement Affectif de l'enfant, illustres de dessins - Dr Anne MALGOIRE LORIN. Repéré sur : http://www.psychiatriemed.com/anne_malgoire_lorin_etapes_developpement_affectif_enfant.php
- Nimier, J., & Martel, B. (s. d.). L'agressivité, à l'opposé de la violence par Brigitte Martel. Repéré sur : http://pedagopsy.eu/agressivite_violence.html
- Poujouly, M. (2012). Violence. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 302-304). Toulouse, France: Association de recherche en soins infirmiers. doi:10.3917/arsl.forma.2012.01.0302. Repéré sur : <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-302.htm>
- P. (2019, février 9). Freud: le ça, le moi et le surmoi. Repéré sur : <https://la-philosophie.com/freud-moi-ca-surmoi+>
- World Health Organization. (2016, mai 23). Violence. Repéré sur : <https://www.who.int/topics/violence/fr/>

Liste des sigles

AGNU : Assemblée générale des Nations Unies

ARS : Agence Régionale de Santé

BAV : Bureau d'aide aux victimes

CATTP : Centre Accueil Thérapeutique à temps partiel

CDAD : Centre Départemental d'accès aux Droits

CDOI : Conseil départemental de l'ordre des infirmiers

CEMEA : Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active

CII : Conseil international des infirmières

CUE : Conseil de l'Union européenne

HCDH : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme

IDE : Infirmier(e) Diplômé d'État

INFOP : Institut de formation professionnelle aux métiers de l'animation

ISP : Internationale des Services publics

OIT : Organisation internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Tables des annexes

Annexe I : Grille d'appréciation individuelle ou collective de la gestion d'une agitation.....	II
Annexe II : Fil conducteurs de l'entretien avec l'infirmière.....	IV

Annexe I : Grille d'appréciation individuelle ou collective de la gestion d'une agitation

Grille d'appréciation individuelle ou collective de la gestion d'une agitation

Nom :

Date :

Prénom :

Unité :

Thème 1: attitude générale du soignant

Calme et pondéré	Attitude calme, voix hésitante, mais audible	Attitude calme mais teinté d'émotion, voix hésitante mais audible	Attitude empreinte d'émotion, hésitant, parle peu	Attitude et gestuelle agressive, parle peu	Gestuelle agressive, voix inaudible ou trop forte
5	4	3	2	1	0

Thème 2: positionnement

Distance adaptée, relation possible, fait face au patient et se déplace calmement	Distance adaptée, se déplace calmement, ne reste pas toujours en face du patient	Eloigné du patient, l'échange reste possible, se déplace calmement	Trop éloigné du patient mais l'échange verbal est possible, se déplace de manière saccadée	Trop près du patient, se déplace avec des mouvements vifs et saccadés	Trop près du patient, ne se déplace pas
5	4	3	2	1	0

Thème 3: entrée en relation avec le patient

Phrase d'entrée en relation est courte, simple, centrée sur le ressenti du patient	Phrase d'entrée en relation longue qui n'induit pas de réponse, mais centrée sur l'émotion	Phrase d'entrée en relation explicative mais centrée sur l'émotion et le ressenti	Phrase d'entrée en relation explicative, détaillée, centrée sur le comportement	Emet une injonction thérapeutique centrée sur le comportement	Crie sur le patient
5	4	3	2	1	0

Thème 4: compétences à amener la communication

Centré sur le patient, les moments d'éclatements et d'apaisements sont repérés et identifiés	Centré sur le patient, mais se laisse parasiter par l'environnement, ne parvient pas systématiquement à « lire » le discours de l'agité	Centré sur le patient, mais se laisse parasiter par l'environnement, ne repère que les moments d'éclatement	Disponible, mais ne parvient pas à se centrer sur l'autre, seuls les moments d'éclatements sont identifiés	Peu disponible, non centré sur la personne, ne repère ni éclatements ni apaisements du patient	Indisponible à la communication
5	4	3	2	1	0

Thème 5 : compétences à amener une relation psychodynamique

Non jugement, congruence, est dans « l'ici et le maintenant », écoute active et reformulation avec recours aux silences, une relation psychodynamique est établie	Non jugement, utilise la reformulation, les questions ouvertes et les relances Une relation psychodynamique est établie	Pose des questions directes et indirectes. Le patient répond aux questions de l'infirmier	Interprétatif, travaille sur le passé, demande au patient de se justifier (question : pourquoi ?). Le patient échange peu avec l'infirmier, il répond par oui ou par non	Interprétatif, propose des solutions toutes faites. La relation reste axée sur quelques échanges	Le patient se sent jugé, agressé par les propos de l'infirmier, l'agressivité est majorée
5	4	3	2	1	0

Thème 6: compétences à amener l'élaboration et l'interaction

Accompagne le patient à verbaliser ses affects, le patient a pleinement conscience de l'utilité de l'infirmier	Accompagne le patient à verbaliser ses affects, le patient a conscience du rôle infirmier mais reste sur la défensive	Accompagne le patient à verbaliser ses affects, le patient évoque son comportement et répond sélectivement par une attitude défensive	N'amène pas l'élaboration des affects, le patient répond sélectivement	N'amène pas l'élaboration des affects, le patient ne reconnaît pas en l'infirmier une aide, il hurle et crie	Le patient rejette l'infirmier, il hurle et crie, il y a passage à l'acte agressif
5	4	3	2	1	0

Thème 7: communication et collaboration avec les autres soignants

Il est le seul interlocuteur du patient durant l'agitation, renseigne les autres soignants sur le déroulement de la prise en soins (gestes, mots...)	Seul interlocuteur du patient, informe les autres soignants sans être significatif	Une intervention ponctuelle d'un collègue est nécessaire, il informe les autres soignants sans être significatif	Le soignant est interlocuteur conjoint avec un autre soignant, il communique avec les autres soignants	Il est interlocuteur conjoint avec un autre soignant, il n'informe pas les autres soignants	Doit être remplacé par un autre collègue
5	4	3	2	1	0

Thème 8 : efficacité et pertinence de l'interaction

Aide le patient à donner du sens à ce qu'il vient de vivre, identifie la relation apaisée et assure une transition pour mettre fin à la relation	Le patient donne du sens à ce qu'il vient de vivre, la relation est apaisée et s'arrête sans transition	Le patient ne donne pas de sens à l'expérience vécue, la relation est apaisée, mais subsiste une agressivité à minima, n'assure pas de transition pour clore la relation	L'échange est présent mais le patient est sthénique, il y a arrêt brutal de la relation	Le patient est agressif mais ne nécessite pas le recours à la contention	Il y a passage à l'acte agressif et nécessité de recours à la contention et à un traitement injectable
5	4	3	2	1	0

Thème 9 : retour post agitation par le soignant

Après la prise en charge, ventile ses émotions, évoque avec son entourage professionnel l'agitation, le soignant a conscience de ses modes de réactions émotionnels, son attitude reste professionnelle	Après la prise en charge, ventile ses émotions, évoque avec son entourage professionnel l'agitation, ne parvient à évaluer ses modes de réactions, son attitude reste professionnelle	A du mal à verbaliser son ressenti, Son attitude reste professionnelle	Exprime peu ses affects, Plaisante de la situation	N'exprime aucun affect, Plaisante de la situation	Refuse tout retour post agitation
5	4	3	2	1	0

Score :

*

©Ahmed Benaïche – Infirmier Spécialiste Clinique

*Cette grille m'a été fournie par son auteur M. Ahmed Benaïche, infirmier spécialiste clinique.

Annexe II : Fil conducteurs de l'entretien avec l'infirmière

Question :

1. Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? (Sexe, âge, date du diplôme, expérience professionnelle, ancienneté dans le service)
2. Pouvez-vous me présenter le service dans lequel vous travaillez ? (fonctionnement du service, équipe, patients rencontrés, pathologies prévalentes, gestion de la violence dans le service)
3. La violence est-elle un sujet tabou au sein de votre équipe ? La violence des enfants ? Et celle des parents ?
4. Avez-vous déjà été victime de violences dans le cadre de votre métier ? Ou témoins ? Si oui, pouvez-vous me parler d'une situation ?
5. Que mettez-vous en place face à des comportements violents ?
6. Pensez-vous que ces situations ont modifié votre posture professionnelle ? Que mettez-vous derrière le terme de posture professionnels ?
7. Quel est l'impact de la violence sur vous d'un point de vue personnel ? Et professionnel ?

Tables des matières

1 Introduction.....	9
1.1 Situation d'appel.....	10
1.2 Mes motivations :.....	11
1.3 Questionnement :.....	12
1.4 Question de départ :.....	12
2 Cadre de référence.....	13
2.1 La pédiatrie :.....	13
2.1.1 Généralité sur la pédiatrie.....	13
2.1.2 Développement de l'enfant.....	14
2.1.3 La violence et l'enfant.....	16
2.2 Généralités sur la violence.....	18
2.2.1 Définition.....	18
2.2.1.1 Agitation.....	18
2.2.1.2 Agressivité.....	18
2.2.1.3 Violence.....	19
2.2.2 Différents types de violences.....	20
2.2.3 Auteurs de la violence.....	22
2.2.4 La ou les victimes de violences.....	23
2.2.5 Cadre législatif.....	24
2.2.6 Facteurs influençant le risque de violence.....	26
2.3 Posture professionnelle.....	28
2.3.1 La posture professionnelle et ses définitions.....	28
2.3.2 Notre posture en situation de violence.....	29
2.3.3 Avis de professionnel.....	32
3 Problématique.....	34
4 Phase d'enquête.....	36
4.1 Choix de la méthode.....	36
4.2 Population.....	36
5 Conclusion.....	37
Bibliographie.....	38
Liste des sigles.....	42
Tables des annexes.....	43
Annexe I : Grille d'appréciation individuelle ou collective de la gestion d'une agitation....	44
Annexe II : Fil conducteurs de l'entretien avec l'infirmière.....	46

Bouchet, Adlina

Titre : Enfants violents et infirmiers : quelle posture adoptée

Résumé : Associer violence et soins peut sembler invraisemblable et pourtant depuis quelques années, la violence ne cesse d'augmenter dans les services de soin. Ce sujet m'est apparue concrètement en dernière année d'école d'infirmière.

En effet, mon mémoire de recherche est issu d'une réflexion personnelle due à une situation vécue en psychiatrie infanto-juvénile. J'en ai déduit une question de départ : en quoi la violence des enfants envers les infirmiers a-t-elle un impact sur la posture professionnelle ?

À partir de cette interrogation, j'ai pu explorer trois grands concepts : la pédiatrie, la violence et la posture professionnelle. Cette réflexion s'est fait à l'aide de nombreuses lectures et recherches. Celles-ci ont été enrichies par la réalisation d'un entretien auprès d'une infirmière travaillant aux urgences pédiatriques.

Ce travail a montré qu'en cas de violence, de nombreux facteurs doivent être pris en compte pour comprendre l'impact sur la personne touchée mais aussi les causes.

De plus, il m'est apparue que notre posture va elle aussi influencer les situations que nous rencontrons vers la violence ou une relation de confiance.

Mots clés : Agressivités ; violence ; enfants ; posture professionnel

Title : Violent children and nurses: what stance to take

Abstract : Linking violence and care may seem implausible, yet in recent years, violence in care services has been on the rise. This subject came to me concretely in my last year of nursing school.

Indeed, my research paper is the result of a personal reflection resulting from a situation I experienced in child and youth psychiatry. I deduced a starting question : how does child abuse of nurses by children have an impact on professional posture?

From this questioning, I was able to explore three major concepts: pediatrics, violence and professional posture. This reflection was done with the help of numerous readings and research. These were enriched by an interview with a nurse working in the pediatric emergency room.

This work showed that in cases of violence, many factors must be taken into account to understand the impact on the person affected but also the causes.

Moreover, it appeared to me that our posture will also influence the situations we encounter towards violence or a relationship of trust.

Keywords : aggressiveness, violence, children, professional posture