

TABLE DES MATIÈRES

I. Introduction

II. Questionnement

III. Démarche méthodologique

IV. Approche théorique

La violence

Violence physique, violence verbale

Violence soignante

La violence institutionnelle

La violence consensuelle

La surviolence

La contre violence infirmière

Le passage à l'acte

Le sens psychiatrique

Différentes approches

L'approche psychanalytique

L'approche phénoménologique

L'approche organodynamique

Le SEPS ou «Burning Out »

Le stress

L'épuisement professionnel

V. Analyse

Survenue de la contre violence

Une violence ambiante

Des circonstances favorisantes

Des patients agités

Des soignants réactifs

Du passage à l'acte

Les suites éventuelles

Du côté des patients

Du côté des soignants

Du côté de l'institution

Des causes, des conséquences et des idées

L'éducation et le savoir-vivre

La société

De la fatigue au départ

Quelques idées

VI. Synthèse

A) Un environnement de stress chronique

B) Une absence d'écoute

C) Une institution vécue comme rigide

VII. Conclusion

VIII. Bibliographie

I. Introduction

Faire le mal en pensant faire le bien, n'est-ce pas le paradoxe familial de notre profession d'infirmier ? Le choix d'une profession de santé est pourtant bien celui du respect de la personne humaine, quand les maîtres mots qui guident nos actions sont aider, réparer, secourir.

Aussi, quand se fait l'association soignant/violence, que les limites de l'acceptable sont outrepassées, et que l'agressivité prend une forme particulièrement destructrice, on se pose légitimement des questions sur un dysfonctionnement humain ou institutionnel.

Ce travail de recherche sur le thème de la contre violence infirmière est donc aussi celui de l'incompréhension, pour cheminer aux sources d'un mal être qui peut transformer brusquement le meilleur des sentiments humains en frénésie de violence primordiale.

La bête n'est pas si loin. Dont acte.

II. Questionnement

Une question avait émergée en moi lors de ma deuxième année d'IFSI, face à son abondante présence dans les médias et dans les discussions de service : La violence envers les soignants. Après avoir décidé de faire mon stage optionnel en UMD (Unité pour Malade Difficile) afin de me mettre au clair sur la gestion/prévention de la violence des patients dans les soins infirmiers, il m'est apparu une nouvelle interrogation, faisant suite à ce stage, et à la lecture de l'article « L'histoire du dragon », et surtout aux discussions animées qu'il déclencha au sein de l'équipe.

Cet article qui narre le passage à l'acte violent d'un infirmier sur un malade en crise clastique, mis soudain en lumière des événements plus ou moins récents, mais surtout plus ou moins enfouis :

En effet plusieurs infirmiers déclarèrent alors (même si cela avait déjà été sous-entendu) qu'ils étaient déjà devenus incontrôlables (à l'instar du sujet de l'article) et avaient ainsi molestés un de leur patient, en réponse à une agression généralement brutale et surprenante. Néanmoins, leur seul constat fut :

« La chance qu'on a eue jusqu'à présent c'est qu'on n'a jamais pété les plombs à deux ; Le binôme à toujours su retenir le collègue qui s'énervait de manière à ce que cela n'aille pas trop loin ».

Il m'est donc apparu que ce thème de la crise de « contre violence » infirmière méritait un peu mieux que ce constat laconique.

Je décidais donc de m'y intéresser à l'occasion de mon TEF (Travail Ecrit de Fin d'Etude, ex mémoire de troisième année), malgré ses relents sulfureux, ses tabous, et la pauvreté manifeste des publications le concernant, afin d'essayer d'en discerner les mécanismes d'installation et les dysfonctionnements manifestes qui y mènent.

III. Démarche méthodologique

Pour démarrer mon sujet d'étude, j'ai dû écrire à L'UMD dans le service de mon stage optionnel afin d'avoir une copie de l'article qui a déclenché mes interrogations.

Dès que je l'eus reçu, j'ai commencé à parler de mon sujet autour de moi ce qui m'a permis de comprendre son intérêt, et que la contre violence infirmière n'était pas si exceptionnelle que ça.

De plus, une amie infirmière sur Paris m'a permis de prendre contact avec son service d'urgences de nuit pour effectuer mes entretiens avec des personnels concernés et coopérant, le tout avec l'autorisation de leur cadre supérieur.

Dès que j'ai eu débuté mes recherches théoriques, je me suis aperçu de la pauvreté de la littérature s'y rapportant (alors que celle sur le passage à l'acte des patients est tout

bonnement profuse...), ainsi que sur le parfum de secret, de tabou entourant ce sujet de voiles pudiques :

La plupart du temps on parle de « violence verbale » ou de « mauvaises pratiques », et en ciblant principalement la violence consensuelle des personnels de gérontopsychiatrie, ou les attitudes « équivoques » et la surviolence en institutions pour enfants. Il faut attendre les années 90 pour voir émerger des articles sur la question, en lien avec le « burn out » des soignants, en ces temps d'économies de personnels et de rationalisation des coûts.

Alors, je décidais lors des entretiens, d'adjoindre le Malasch Burnout Inventory (MBI) ou questionnaire d'évaluation du niveau de l'épuisement professionnel, à remplir par mes interviewés, afin de mieux appréhender ses implications dans la contre violence infirmière.

IV. Approche théorique

Dans cette partie de mon travail, je vais tâcher de définir des concepts utiles pour la compréhension du problème de la contre violence infirmière.

La violence

Il apparaît nécessaire de préciser la notion de violence, car sous ce mot se cachent de multiples choses.

Violence physique, violence verbale

C'est empiéter sur le territoire affectif ou physique de quelqu'un, une violence que je peux exercer sur quelqu'un (je crie, je donne des coups...) et celle que je subis lorsqu'il y a intrusion ou contrainte, ou qu'il y a déni, quand on ne me reconnaît pas, on ne me voit pas, on ne m'entend pas.

Violence soignante

Pour ce qui est de la violence soignante, une équipe de l'INSERM la définit en trois sous catégories permettant de mieux cerner la complexité du système :

La violence institutionnelle

Ou violence « sociologique », car induite par le système de soin lui-même, qui ne peut disparaître qu'avec le système lui-même (soins douloureux, agressifs pour le patient...), mais qu'il serait illusoire de vouloir supprimer en tombant dans l'idéalisation du lieu de soin.

La violence consensuelle

C'est une forme de violence quotidienne, physique et psychologique, qui ne choque plus personne tant elle est ancrée dans la pratique, commise ouvertement avec un consensus général comme il fut un temps de l'E.C.T. (Electro Convulsivo Thérapie) sans anesthésie ou comme l'infantilisation des patients, le manque de communication ou la cohue de la visite médicale.

La surviolence

C'est celle qui est niée par ses auteurs, qui peut prendre la forme d'une violence illicite, plus ou moins clandestine (voir les affaires dans certaines institutions pour mineurs) qui se retrouve dans le credo « la fin justifie les moyens », quand une théorie est considérée comme transcendante aux besoins des usagers, et non dans l'optique d'une meilleure pratique. C'est ce type de violence que l'opinion condamne.

Enfin je rajouterai un 4^{ème} item, le sujet du présent travail :

La contre violence infirmière

En référence au contre-transfert (cher à Freud) négatif, c'est un passage à l'acte ou « péter de plomb » (expression la plus couramment employée) lorsque les limites s'effondrent et sont franchies, et que l'infirmier devient bourreau lors d'une crise de violence paroxystique.

Je m'intéresserais donc maintenant au passage à l'acte.

Le passage à l'acte

Le terme « passage à l'acte » (agieren, S. Freud, « Remémoration, répétition et perlaboration ») est familier pour les personnes travaillant de près ou de loin du milieu psychiatrique.

Le sens psychiatrique

Un acte est entendu le plus souvent comme une action volontaire, un mouvement d'un sujet, adapté à un but et une finalité, de manière volontaire, consciente, réfléchi, ayant un sens immédiatement perceptible.

Le passage à l'acte au sens psychiatrique ou raptus, a perdu toutes ces qualités :

Il n'est plus volontaire, mais issu d'un besoin impérieux

Il n'est plus conscient ou réfléchi mais imprévisible, impulsif, inattendu

Il est plus ou moins adapté, et si son but est encore perceptible, sa finalité l'est beaucoup moins

Il est en réponse à un élément déclenchant, une situation de tension intérieure ou un événement extérieur

Enfin, il comporte souvent une dimension agressive, violente, transgressive, voire délictueuse, bardée d'une forte charge affective.

On voit bien ainsi que le passage à l'acte ne doit pas être considéré comme un élément toujours à l'identique, mais bien dans la polyvalence de ses symptômes, dont le sens doit être retrouvé en fonction de :

La personnalité du sujet

Son histoire

Sa dynamique propre

Son environnement

Il peut en effet représenter à ce moment là, la seule réponse possible quand la parole et le sens sont dans une impasse. Il serait une tentative pour rompre un état de tension psychique (Nacht).

Différentes approches

Le passage à l'acte contre autrui est donc un comportement à part entière, indissociable de la personnalité de son auteur. Rupture et violence en sont les piliers, en voilà différentes hypothèses pathologiques :

L'approche psychanalytique

Elle est bien sûr basée sur la théorie des pulsions, l'impulsion motrice étant la recherche de la satisfaction d'un désir en résolvant une tension insupportable, le passage à l'acte considéré alors comme un acte compulsif, un acte manqué, un passage outre le Sur-moi.

L'approche phénoménologique

Le passage à l'acte est alors la réponse du sujet à une situation vécue comme dangereuse, pour une restauration « magique » d'un sentiment d'omnipotence. Il sera l'abolition du danger représenté par l'autre, qui permet le respect de sa propre intégrité.

L'approche organodynamique

Ces impulsions seraient liées à une dissolution globale du psychisme, une régression, une déstructuration. Cette impulsivité pathologique est donc résultante d'une désorganisation du comportement, où la réflexion est absente et où l'action devient résolutive.

Le passage à l'acte des soignants serait donc une impossibilité de l'accès au discours et à la mise en mots, d'une faillite de la pensée, lorsque ceux-ci ne parviennent plus à penser le matériel du patient. Il est la négation de l'autre dans l'oubli de la souffrance d'autrui, par l'enfermement dans ses propres affects.

On rompt le cadre du soin, le champ professionnel, la fonction soignante, ce qui implique alors la responsabilité de l'équipe, de la hiérarchie, de l'établissement.

Les signes avant-coureurs observables, comme la baisse de résistance d'une équipe à la permanence de certaines sollicitations doivent désormais me faire aborder le problème de l'épuisement professionnel des soignants ou « Burning Out ».

Le SEPS ou «Burning Out »

Quand on parle du Syndrome d'Épuisement du Personnel Soignant (SEPS) ou « Burning Out », il convient tout d'abord de préciser quelques notions :

Le stress

Le stress est une réaction à une situation de violence, notamment au plan individuel, qui peut intervenir à tout moment. Il est souvent positif car il impose une adaptation immédiate de la part du sujet, un ajustement qui permet de retrouver l'équilibre.

L'épuisement professionnel

C'est la réaction de l'individu face à la chronicité et la durée du stress. Cela s'installe de manière insidieuse, progressive, et c'est cette installation de stress « pathologique » qui entraîne les réactions inadaptées de l'individu qui y est soumis. L'installation se fait en plusieurs étapes :

Enthousiasme dans l'investissement

Déceptions , frustrations répétées

Perte de l'estime de soi

Alors, l'exposition à certains facteurs de stress émotionnels chroniques vont entraîner inéluctablement :

Épuisement émotionnel et physique

Déshumanisation de la relation

Baisse du sentiment d'accomplissement personnel

Dès lors, les barrières et les mécanismes de défense des soignants qui s'adaptent à cette situation vont évidemment s'affaiblir, et ne vont pas permettre d'éviter la survenue d'un éventuel passage à l'acte lors d'une situation de stress supplémentaire.

V. Analyse

Je vais maintenant tenter de procéder à l'analyse de mes entretiens. De ceux-ci émergent quelques thèmes récurrents :

Survenue de la contre violence

Celle ci est favorisée par plusieurs paramètres, liés évidemment aux différents facteurs intervenants :

Une violence ambiante

« Tu travailles ici, tu es un peu sur le qui-vive... toujours un peu méfiant » (ent.1) semble résumer la situation.

Le type de violence le plus courant est bien la violence verbale, qui entraîne plus ou moins systématiquement une contre violence soignante également verbale (« je réplique de moins en moins », ent.2, « si un mec t'insulte... tu l'insultes », ent.1).

La contre violence arriverait donc quand il y a « de l'agressivité de part et d'autre » (ent.2), puisque si « tu hausses le ton... ça va passer à l'acte » (ent.1) et qu'il « est clair que si je l'insulte... cela va être pire » (ent.2).

Mais ce sont les actes physiques (« moins fréquents », ent.3) qui entraînent une contre-violence systématique (« j'ai répondu », ent.3, « tu lui en colles une », ent.1) du moins de la part du personnel masculin (« une réaction d'homme », ent.1, « physiquement jamais », ent.2), puisque qu'ils sont parfois « obligés de mettre la main à la pâte » (ent.1)!

La contre violence féminine se traduirait en fait physiquement par un refus de la prise en charge (« je passe la main », ent.2), ce que me confirmera plus tard une autre infirmière des urgences lors d'un entretien informel.

Des circonstances favorisantes

« C'est souvent à l'accueil que cela se passe » (ent.2) ai-je entendu régulièrement (« je faisais l'accueil », ent.1), lors de ces entretiens. Le point névralgique de la survenue de la contre violence semble donc être ici l'accueil des urgences, lors du 1^{er} contact des patients avec le milieu hospitalier.

A cette place, les soignants semblent être particulièrement exposés, et subissent de plein fouet d'une part l'angoisse et l'agitation des personnes qui arrivent (« hyper excité... saoul... très menaçant », ent.3), d'autre part l'impatience et les invectives (« il est revenu... revenu... revenu... mais combien de temps je vais attendre ! », ent.1) des personnes qui attendent d'être « écluesées » (ent.2) puisque « l'attente... va générer l'agressivité » (ent.2).

Les urgences de nuit sont les plus touchées puisque « de jour, ils étaient tout étonnés » (ent.1) parce que ce n'est pas non plus « la même population » (ent.2). La nuit semble propice à la violence, car elle fait « partie des choses » (ent.1) et le « stress y est majoré » (ent.3), dans un quartier « géographiquement » (ent.3) réputé difficile.

Des patients agités

« Ce sont les 200 ou 240 patients que l'on a par jour » (ent.2) qui « abondent » (ent.1) dans les urgences de nuit, et plus particulièrement les patients addictés, « toxicos » (ent.2, 3), « alcooliques » (ent.2) et « mal dans leur peau » (ent.3).

Ils sont le plus souvent « saouls » (ent.1, 3), bien connus du service (« celui là, on le connaît », ent.1), mais aussi de jeunes gens avec un langage courant ordurier (« chez les jeunes, c'est le langage de tous les jours », ent.1).

Le sexe importe peu, puisque « fille » (ent.3) comme « mec » (ent.1) sont impliqués, dans une population de précaires (« 70% des gens ne payent pas », ent.1).

Des soignants réactifs

Ils occupent tous les postes sans distinction, puisqu'il y a des « aide soignants » (ent.1), des « infirmiers » (ent.1, 2 et 3) et même un « surveillant » (ent.1).

Leur capacité à encaisser les débordements verbaux et physiques de leurs patients semble liée à leur ancienneté (« c'est différent selon chacun... passé ce cap... tu en as marre », ent.1), à leur « humeur » (ent.2) bonne ou mauvaise quand ils arrivent au travail et à leur éducation (« je ne peux l'accepter », ent.3).

Ils sont sur le « qui-vive » en permanence (cité 3 fois ! ent.1) dans ce milieu « stressant » (ent.3) où tout est « majoré... la nuit » (ent.3), ils sont « moins patients » (ent.1).

Tous ne « s'attendaient pas à ça » (ent.1, 3) ou ne « comprennent pas » (ent.2), leurs études, leurs « stages » (ent.2, 3) ne les ayant pas « préparés » à « l'intensité » (ent.3) de cette violence. Ils « encaissent plus de choses qu'avant » (ent.2).

Du passage à l'acte

Ce serait « plutôt une impulsion » (ent.1, 2), quand les patient passent « un cap de saturation » (ent.1). En effet, face à une « agression » (ent.1, 2, 3) verbale ou physique, le soignant « répond » (ent.1, 3) de manière immédiate « en réaction » (ent.1), car il ou elle se sent « en danger », à « peur » (ent.2, 3), se « défend » (ent.3), se sent dans « l'obligation de réagir » (ent.3).

Ils expliquent leur geste par le fait qu'ils sont « des êtres humains avant tout » (ent.1) ou qu'il leur est difficile « de prendre un coup et rester les bras croisés » (ent.3).

Les suites éventuelles

Elles concernent les patients, les soignants et l'institution.

Du côté des patients

Les interviewés n'en parlent pas vraiment. La suite habituelle c'est le « maîtriser avec des collègues » (ent.3) puis vient « la plainte » (ent.1, 3) et parfois la garde à vue au « commissariat » (ent.3). La contre violence semble parfois « calmer » (ent.3), puisque « l'histoire s'arrête nette » (ent.3) et alors la tranquillité revient puisqu'on « ne les entend plus de toute la nuit » (ent.3).

Du côté des soignants

Ils sont « en colère » (ent.1), ont « peur » (ent.2), ou se sont rendus compte que « c'est ce qu'il fallait » (ent.3) .

Même s'il n'y a pas de réelle remise en cause personnelle, (« je n'ai pas de regrets » ent.3, « je ne me suis pas dit je n'aurais pas dû le faire » ent.1, « je ne me remets pas en cause » ent.2), la contre violence entraîne des réflexions sur la pratique personnelle :

« Je ne suis pas là pour ça » (ent.1), « je pense que je suis une conne » (ent.2), « c'était la seule solution » (ent.3).

La suite habituelle c'est « qu'on gère ça puis c'est reparti » (ent.1), et pour ce qui est d'analyser la situation ou d'en parler à quelqu'un, ils « vont à l'office et ils en parlent » (ent.2) puisque ce n'est « pas au point de motiver une réunion particulière » (ent.3) !

Le « cadre » semble bien les soutenir (ent.2, 3) et sa présence « positive » (ent.2) peut parfois « calmer le jeu » (ent.3) puisque par rapport au patient, « ce n'est pas la même image » (ent.2).

Du côté de l'institution

Ce ne serait pas pour l'institution un « problème majeur » (ent.1). Elle a mis en place néanmoins des « formations » (ent.1, 2, 3), avec des « psychiatres, des psychologues » (ent.3) où les équipes peuvent parler des agressions, ce qui « fait du bien » (ent.1) et de cette « formation violence » (ent.1) est sorti « l'affichage des prix des consultations » (ent.1) dans les box, ce qui permet aux patients de comprendre que les soins ne sont pas gratuits.

De plus elle porte plainte lorsque « quelqu'un casse quelque chose » (ent.1) et « incite à porter plainte » (ent.1) ses employés par le truchement du « chef de service » (ent.1). Des « vigiles » (ent.1) sont également présents pour prévenir les débordements.

Enfin, des suites disciplinaires sont parfois intervenues afin de mettre fin à une situation de chaos, des « changements de personnel » avec le départ « d'un cadre... d'un infirmier... et d'un aide-soignant » (ent.1) ce qui permet le « retour au calme » (ent.1).

Des causes, des conséquences et des idées

Pour mes interviewés, les causes de la contre violence sont celle de la violence ambiante et seraient issues de 2 choses :

L'éducation et le savoir-vivre

Les trois infirmiers se rejoignent sur ce point, les gens « veulent tout et tout de suite » (ent.1,2), ils sont « mal élevés et manque d'éducation » (ent.3), tout en ne connaissant pas le « fonctionnement des urgences » (ent.3).

La société

Elle est montrée du doigt car elle serait « de plus en plus violente » (ent.1), « stressante et rendrait les gens agressifs » (ent.3) et comme l'institution hospitalière elle serait « laxiste » (ent.1). On retrouverait donc de cette société qui « va mal » (ent.1) le climat de violence aux urgences, puisqu'évidemment, elles en « font partie » (ent.2).

De la fatigue au départ

Les conséquences de la contre violence sur les personnels soignants sont peu évoquées par le personnel masculin, et se résument à un « épuisement physique et émotionnel » (ent.2), une « fatigue » (ent.2), et par le constat que lorsque la situation deviendra insupportable, « il faudra que je parte » (ent.1).

Quelques idées

Enfin, quelques idées émergent d'une réflexions personnelles qui semble appauvrie par le contexte ambiant ou par la minimisation du problème :

En prévention de la crise il faudrait « attacher les agités en prévention » (ent.1) et afficher un « panneau des droits et des devoirs de chacun, des règles de l'institution » (ent.1) à l'entrée des urgences.

Pendant la crise, « l'investissement du cadre » (ent.2) devrait permettre de rassérer les choses. Pour ce qui est des suites, un « debriefing » permettrait de « remettre les choses en place » et de « se vider de sa rancœur » (ent.1).

VI. Synthèse

A la faveur de l'analyse des entretiens et des scores de MBI, de nombreuses hypothèses développées lors de l'étude théorique semblent se confirmer.

A) Un environnement de stress chronique

Ce qu'il ressort de ce travail, c'est qu'effectivement l'environnement semble responsable de la mobilisation d'une part importante des ressources des soignants. Cette attention de tous les instants, cette vigilance constante, amène une lente mais sûre érosion des facultés humaines ainsi que de la capacité à se régénérer. Cette tension interne qui reste présente même quand l'individu semble s'y habituer, ne lui permet plus vraiment de trouver les bénéfices secondaires à son travail, si nécessaires à la mobilisation de ses ressources.

De surcroît, la patience et l'écoute en pâtissent également, amenant l'infirmier à faire preuve d'irritabilité ou même d'indifférence, sans qu'aucune remise en question ne soit possible puisque l'analyse semble être comme bloquée par cet épuisement moral envahissant, mais dont la compagnie est devenue habituelle.

Le passage à l'acte, la contre violence ne va être que le symptôme visible par tous d'une déshumanisation professionnelle ressentie par un seul.

B) Une absence d'écoute

Le passage à l'acte, justement, intervient lorsque la mise en mot n'est plus possible. Et bien que l'équipe serve de recueil aux émotions et ressentis des individus la composant pendant ces temps privilégiés que sont les pauses à l'office, elle ne peut remplacer l'oreille experte et neutre de l'intervenant extérieur.

Celle-ci peut déceler les dysfonctionnements invisibles de l'intérieur, permettre le retour sur une analyse de la pratique personnelle qui fait défaut, et de part son statut particulier, permettre également d'assurer une écoute attentive que l'équipe n'est sûrement plus en état d'assurer.

L'écoute pour vider les trop pleins, pour remettre les personnels sur le chemin de l'humanité, ce lieu de décharge d'une tension devenue carcan et qui manque dans ces services coûteux en énergie, amène inévitablement de la part des équipes des comportements déviants, résultante d'une réaction défense ultime face à un autre considéré comme dangereux, quand ce sont les conditions d'exercer qui le sont devenues.

C) Une institution vécue comme rigide

La responsabilité de l'institution et du cadre semble également être mise en cause, non pas dans la survenue de la crise, qui, on l'a bien vu précédemment, est plurifactorielle, mais bien dans la gestion et la prévention de celle-ci.

En effet, en face d'incidents qui se multiplient, de personnels revendicatifs et qui ont l'impression (justifiée) de n'être points écoutés, le cadre se doit de représenter l'institution à part entière, pour éviter comme on l'a vu une dissociation stricte entre le cadre qui soutient l'équipe et l'institution qui défend son matériel.

Cette dichotomie est visiblement vécue comme un soutien partiel, avec d'un côté le cadre qui intervient sur le terrain dans une action positive de rappel des règles de bonne conduite et qui use de son aura pour calmer le jeu, et d'autre part une institution représentée par les cadres supérieurs qui interviennent dans une optique disciplinaire, uniquement lorsque le service est en plein chaos, pour désigner quelques responsables et ne s'attacher qu'à la forme de la contre violence et non son fond.

Ainsi, paradoxalement, la mise en place d'une « formation violence » est également vécue comme ponctuelle et surannée, alors que son bilan est décrit comme positif.

S'attacher au fond plus qu'à la forme et s'inscrire dans la durée semblent être les maîtres mots d'une gestion efficace dans un contexte de contre violence.

VII. Conclusion

Dans les services dit « difficiles » (urgences, psychiatrie...), l'intensité du vécu affectif, la peur d'avoir mal, de l'arme blanche, ou de faire mal, et la féminisation de la profession (85% minimum dans le meilleur des cas), mettent tout particulièrement les hommes dans une situation où on leur demande de pérenniser le machisme. Baignés dans une violence omniprésente, les interventions deviennent vite épuisantes moralement et physiquement.

Un des signes caractéristique de cette intense fatigue, dans un milieu qui ne permet aucun aveu de faiblesse (et dont j'ai été le témoin en UMD), est l'exagération de sa propre souffrance lors de la mort d'un patient, ce qui serait la seule forme de souffrance acceptée comme noble dans ce cénacle où les sentiments de peur et de doute sont proscrits.

Ce genre d'attitude m'avait réellement frappé, lorsque les infirmiers d'une équipe qui semble sûre d'elle et bien rodée, s'étaient tout d'un coup mis à s'épancher (sans exceptions !) face à la mort de ce patient (remontant à 1 mois) lors d'un épisode certes tragique, mais surtout m'en parlaient comme d'un moment mal vécu et qui continuait à déstabiliser tout le monde.

Ma conviction était déjà à l'époque qu'elle ne servait visiblement qu'à masquer les non-dits derrière cette débauche inhabituelle de sentiments, et à disqualifier ainsi une souffrance quotidienne moins « romantique » mais certes bien réelle.

Le déni de la dangerosité, le poids des habitudes et la baisse d'une réelle vigilance, nés d'un environnement vécu pourtant comme dangereux, mènent les soignants, et les infirmiers tout particulièrement, sur le chemin de l'épuisement professionnel, surtout quand le cadre institutionnel est vécu comme un poids ou un ennemi, manquant de réactivité face à des problèmes réels et sous-estimés.

Une structure d'écoute des soignants, qui semble être le seul lieu de décharge d'un trop plein des souffrances quotidiennes faisait également défaut dans chacun des services de l'UMD et des urgences de nuit, alors que l'un des infirmiers les plus épuisé parle de ces réunions comme d'un moment positif et de grand soulagement.

Je suis persuadé, à la vue des débats passionnés et passionnants que mon sujet a déclenché autour de moi lors de mes recherches, que la contre violence infirmière est une fleur vénéneuse qui aime à pousser au sein des équipes sur un lit de secret.

Ce travail écrit de fin d'étude qui met un peu plus au jour des pratiques discutables, non tant parce qu'elles sont l'antithèse de notre métier mais bien de par la souffrance qu'elles désignent, amènera je l'espère d'autres questions et d'autres débats, dans un déluge de mots et de paroles qui ne pourra que noyer la fleur du mal qui est en chacun de nous.

VIII. Bibliographie

OUVRAGES

ESTRYN-BEHAR Madeleine, Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, ESTEM, Paris 1997, 245 p.

ARTICLES & REVUES

Les droits de l'homme âgé, GERONTOLOGIE, n°83, 3^{ème} trimestre 1992

La violence institutionnelle, L'INFIRMIERE MAGAZINE, n°22, novembre 1988

Violence dans les soins, L'INFIRMIERE MAGAZINE, n°123, janvier 1998

Les accidents du travail du personnel soignant, L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, n°2, février 1998

La violence dans les soins infirmiers, LAENNEC, n°15, juin 1991

Derrière la violence, la peur, SANTE MENTALE, n°27, avril 1998

L'épuisement professionnel, SOINS, n°630, novembre 1998

Le passage à l'acte, SOINS PSYCHIATRIE, n°72, octobre 1986

Urgence psychiatrique et dangerosité, SOINS PSYCHIATRIE, n°133, novembre 1991

Dossier : Le passage à l'acte, SOINS PSYCHIATRIE, n°168, octobre 1994
L'histoire du dragon, SOINS PSYCHIATRIE, n°205, novembre/décembre 1999

SITES INTERNET

<http://www.anaes.fr> , le site de l'Agence Nationale de l'Accréditation des Etablissements de Santé

<http://www.infirmiers.com> , un site en français qui s'adresse aux étudiants infirmiers ainsi qu'aux D.E.

<http://www.serpsy.org> , un site en français de recherche infirmière en psychiatrie