

Rhône-Alpes ^{Région}

CHU 
Saint-Étienne

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
HOPITAL BELLEVUE – PAVILLON 54
25 BLD PASTEUR
42055 SAINT ETIENNE cedex 2



Quand le patient violent fait peur !

Incidence de la peur du soignant sur la qualité des soins.

Mémoire de fin d'études en soins infirmiers

U.E. 5.6 « Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles »

Compétence 7 : Analyser et améliorer sa pratique professionnelle

Compétence 8 : Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

Amélie GUILLOT

***Promotion 47
Année 2012 – 2013***

Soutenance le 28 juin 2013

Remerciements

Tout d'abord, je voudrai remercier ma guidante de TFE, Agnès Moreau, pour ses connaissances et ses bons conseils, qui a toujours été présente pour répondre à nos interrogations et nous accompagner tout le long de cette année,

Avec beaucoup de respect, merci à cette infirmière qui a accepté de répondre à mes questions malgré ce sujet difficile,

Je remercie ensuite tous les formateurs de l'IFSI pour leurs partages, leur sympathie et leurs encouragements, et plus particulièrement ma référente Antoinette Penaranda qui a toujours cru en moi et qui a toujours su trouver les mots justes,

Un grand merci à mes amis et collègues de promotion avec qui l'entraide a été très forte tout au long de la formation, et particulièrement pendant la réalisation de ce mémoire

Mon amie Kim avec qui j'ai vécu plein de bons moments durant ces 3 années d'études et qui a été toujours là pour moi, surtout dans les moments difficiles

Jérémy qui m'a encouragée et aidée lorsque j'en avais besoin,

Ma famille qui a toujours cru en mon projet professionnel de devenir infirmière depuis des années et qui m'a toujours donné les moyens d'y arriver,

Et enfin, mon petit poopy, pour toute son affection.

Table des matières

Remerciements	1
Introduction.....	3
I. DES SITUATIONS D'APPEL À LA QUESTION DE DÉPART.....	4
1. Description des situations d'appel.....	4
2. Analyse, questionnaire	6
3. Problématisation	8
II. CADRE CONCEPTUEL	9
1. La violence	9
1.1. La violence à l'hôpital.....	9
1.1.1. Définitions.....	9
1.1.2. Données Statistiques.....	10
1.1.3. La prévention de la violence hospitalière.....	16
1.1.4. La prise en charge du soignant victime de violence.....	17
1.2. Violence et Psychiatrie	18
2. Une émotion particulière : la peur.....	20
2.1. Définitions.....	20
2.1.1. Les émotions.....	20
2.1.2. La peur	21
2.2. La peur, un sentiment toujours tabou	22
2.3. Comprendre et partager nos émotions	23
3. La qualité des soins selon Walter HESBEEN	26
III. ENQUÊTE DE TERRAIN	29
1. Présentation du dispositif et des modalités d'enquête	29
1.1. Choix et construction de l'outil d'enquête	29
1.2. Choix du lieu et de la population	30
1.3. Modalités de réalisations	30
2. Analyse des données recueillies	31
3. Synthèse, limites et apports.....	35
Analyse Critique	37
Conclusion	38
Bibliographie	40
Annexes	42

Introduction

La violence est un sujet très présent dans notre société actuelle, y compris dans le domaine de la santé. Ce constat, j'ai pu le faire durant tous mes stages pendant ma formation en soins infirmiers, et plus particulièrement durant un stage à domicile durant lequel j'ai été confrontée à une situation très marquante, qui m'a beaucoup interpellée et fait réfléchir. Je me suis rendue compte que dans certaines situations, et plus spécialement lorsque nous ressentons de la peur face à un patient violent, la qualité des soins que nous prodiguons peut être altérée, c'est donc ce que j'ai cherché à comprendre à travers ce travail de fin d'études.

La violence étant présente dans tous les services, tous les établissements, toutes les infrastructures de soins, sous diverses formes, ce sujet nous touche tous en tant que soignants, chacun de nous y a déjà été confronté ou le sera probablement un jour.

Ainsi, j'ai tenté d'apporter des connaissances sur ce qu'est la violence à l'hôpital, l'évolution des faits qui sont déclarés, les mesures de préventions mises en place ainsi que le suivi post traumatique des soignants victimes.

De plus, j'ai décidé de traiter de l'amalgame qui est fait entre la violence et la psychiatrie, qui crée trop souvent un sentiment de peur qui ne devrait pas être.

Par la suite, j'ai souhaité explorer les émotions, et plus particulièrement cette peur, toujours taboue et si difficile à accepter.

La qualité des soins selon Walter Hesbeen sera le dernier concept que j'ai choisi de traiter, expliquant ce qu'est la posture soignante de qualité et la « qualité du soin » selon lui.

Enfin, j'ai choisi de réaliser un entretien correspondant plutôt à une étude de cas en rencontrant une infirmière ayant été agressée physiquement par un patient.

I. DES SITUATIONS D'APPEL À LA QUESTION DE DÉPART

1. Description des situations d'appel

Situation 1 :

Cette première situation se passe lors d'un stage dans un centre de soin qui pratique des soins à domicile. Tous les matins et tous les soirs, nous nous rendons, l'infirmière et moi, chez Mr. Z, un patient ayant des troubles psychiatriques qui nécessite notre passage afin d'avoir son traitement psychotrope. Ce patient est réputé violent, il est très souvent ivre lors de nos passages et il vit dans des conditions insalubres (appartement dont le sol est couvert de terre, de journaux, de mégots de cigarettes, sentant la fumée, les volets sont toujours fermés, l'appartement semble à l'abandon). Il nous inspire de la méfiance et de la crainte quand nous y allons car nous ne savons jamais à quoi nous attendre. Certaines infirmières passent chez lui en début de tournée pour être « débarrassées », d'autres disent même (lorsque le patient n'est pas à son domicile) « ouf, il n'est pas là! ». Un soir, alors qu'il est ivre à nouveau lorsque l'infirmière passe le voir, il l'informe que son fusil a été volé (que sa porte d'entrée n'a pas été fermée à clés lors d'un précédent passage infirmier durant lequel il était absent) puis il lui dit « vous savez à quoi sert un fusil ? » (Il simule avec ses bras un fusil se pointant sur elle) « Ça sert à tuer ! ». Il se met ensuite en travers du chemin de la soignante, l'empêchant ainsi de sortir de son domicile. L'infirmière arrive à s'échapper mais en ressort très choquée. Suite à cet évènement, le centre de soin qui emploie cette soignante décide d'interrompre les soins avec ce patient, c'est pourquoi il lui ait envoyé une lettre qui lui explique la situation et lui demande de trouver un autre cabinet infirmier pour le prendre en charge d'ici 11 jours (délai légal pour arrêter

les soins). Lors d'un nouveau passage, le patient est à nouveau menaçant, sachant qu'il a reçu la lettre le jour même et qu'il est très énervé. Il tente à nouveau de retenir l'infirmière et moi-même dans son appartement. Il commence d'abord par parler de la lettre, dit qu'il viendra « retourner » le centre de soin, et qu'il ira voir le directeur pour « s'expliquer les yeux dans les yeux ». Etant à moitié nu, et devant nos visages qui doivent être terrifiés, il nous dit « je porte un slip, je ne vais pas vous violer ». Essayant de calmer le patient en vain afin de pouvoir sortir, nous arrivons à partir en « forçant le passage » mais ressortons très choquées à notre tour. Il est alors décidé pour les prochains passages que le traitement sera transmis par la boîte aux lettres du patient.

Situation 2 :

La deuxième situation se passe en service de Rhumatologie, en hospitalisation complète. Lors de la relève entre les infirmiers du poste du matin et ceux du soir, nous découvrons de nouveaux patients. Mr. H est présenté, un homme de 54 ans, avec des antécédents « psy ». « Attention », nous prévient l'infirmière, « il n'est pas facile et il a un comportement imprévisible ». Comment ne pas être inquiète suite à cette information! Sur le moment, il est vrai que je ressens de la peur, car ce patient se trouve dans le secteur de 6 patients dont je suis responsable: comment vais-je le prendre en charge? Je tente de refouler cette angoisse en moi et je vais dans sa chambre au moment des prises de tensions qui se font en début de poste. J'essaie de paraître la plus « normale » possible, polie et gentille afin de ne pas aller à l'encontre de ce patient que je ne connais pas et dont j'appréhende les réactions, je ne veux pas qu'il voit mon appréhension. Je découvre alors un homme au comportement inadapté, il pleure mais ne sait pas pourquoi, dès que nous parlons de quelque chose il se remet à pleurer. Je me rends compte que ce patient ne semble pas violent, ce qui, je pense, était la source de mon inquiétude car très souvent nous associons la psychiatrie à la violence et, n'ayant à ce jour jamais fait de stage en psychiatrie, j'en ai une représentation qui semble erronée. Ma crainte à l'égard de ce patient s'est donc rapidement dissipée et j'ai pu reprendre le contrôle de mes émotions, l'écouter sans craintes, être à l'aise avec lui.

2. Analyse, questionnement

Afin de réaliser mon questionnement profane, j'ai classé mes questions par thèmes :

Les émotions :

Pourquoi certaines personnes nous font elles plus peur que d'autres?

Comment peut-on gérer nos émotions face à de telles situations ?

Qu'est ce qui pourrait expliquer que certains patients nous font ressentir cette émotion ?

Pourquoi la peur du soignant est-elle un tabou?

La violence :

Comment peut-on se protéger d'un patient violent ou potentiellement violent?

Devons-nous toujours rester méfiants vis-à-vis de ce genre de patients (patient psychiatrique, à tendances violentes ou qui risquent de l'être)?

Comment arriver à refaire confiance lorsque l'on a subit un acte violent de la part d'un patient?

La psychiatrie :

Pourquoi la psychiatrie fait-elle peur?

Pourquoi la psychiatrie est souvent synonyme de violence ?

La psychiatrie peut-elle excuser les actes de violence?

Une infirmière travaillant dans un service lambda non spécialisé en psychiatrie peut-elle et/ou est-elle formée à gérer correctement un patient ayant des troubles psychiatriques ? Un patient au comportement violent ?

La qualité des soins :

Comment arriver à conserver la dimension relationnelle dans ce genre de situation?

Peut-on soigner correctement si on a peur?

Comment être un bon soignant malgré une gêne envers un patient?

Qu'est-ce que « la bonne pratique infirmière? »

Que veut dire être un bon soignant ?

3. Problématisation

Toutes ces questions m'ont amenée à réfléchir sur plusieurs thèmes : nos émotions face à la violence et la qualité de nos soins compte tenue de ces émotions. J'en suis donc arrivée à la problématique suivante :

En quoi la peur ressentie par un soignant vis à vis d'un patient violent ou potentiellement violent peut-elle avoir une incidence sur la qualité des soins ?

II. CADRE CONCEPTUEL

1. La violence

1.1. La violence à l'hôpital

1.1.1. Définitions

Le Conseil International des Infirmières (CII) a donné comme définition de la Violence un « *comportement destructif envers autrui. La violence au travail prend diverses formes, parmi lesquelles les agressions verbales, les agressions physiques et l'homicide.* »¹

De plus, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Violence est :

*L'usage délibéré ou la menace d'usage délibérée de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence.*²

En France, les professionnels de la santé sont les deuxièmes (après les policiers) à être victimes de faits de violence.³

¹ ESTRYN-BEHAR (Madeleine) – Stress et souffrance des soignants à l'hôpital – Paris, Editions Estem, 1997, p.54

² www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_fr.pdf

³ COLLECTIF – La violence à l'hôpital – *La revue de l'infirmière* n°165, Novembre 2010, p.17

1.1.2. Données Statistiques

Il existe, en France, une structure appelée l'Observatoire National des Violences Hospitalières (ONVH) qui a été créée en 2005 et qui :

A pour mission de coordonner et d'évaluer les politiques mises en œuvre par les différents acteurs sur l'ensemble du territoire afin de garantir la sécurité des personnes et des biens à l'intérieur des établissements concernés. Il est chargé de recenser les actes de violence commis dans les établissements de santé.⁴

Chaque année, l'ONVH fait un bilan des actes de violence déclarés par les professionnels hospitaliers. Pour cela, il a classé ces actes en deux catégories, elles-mêmes découpées en plusieurs niveaux (classification issue du code pénal)⁵ :

Les atteintes aux biens :

- Niveau 1 : Vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis
- Niveau 2 : Vols avec effraction
- Niveau 3 : Dégradations ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale,...), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil,...)

Les atteintes aux personnes :

- Niveau 1 : Injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures
- Niveau 2 : Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux)

⁴ www.sante.gouv.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs.html

⁵ www.sante.gouv.fr/echelle-de-gravite-des-evenements-de-violence-en-milieu-hospitalier.html

- Niveau 3 : Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, tout autre objet dangereux), agression sexuelle
- Niveau 4 : Violences avec arme par nature ou par destination (armes blanches, armes à feu, scalpels, rasoir, tout objet dangereux), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente,...)

Le dernier bilan fait par l'ONVH est celui représentatif de l'année 2011.

Plusieurs éléments me semblent intéressants à mettre en évidence. Tout d'abord, je n'ai choisi de traiter que les atteintes aux personnes en fonction de leurs différents niveaux. En effet, selon moi ce sont les types de violences qui sont les plus amenées à faire ressentir un sentiment de peur au soignant. De plus, il me semble important de montrer la corrélation entre le nombre d'établissements déclarants et le nombre de faits déclarés. Enfin, j'ai souhaité mettre en évidence l'évolution du nombre de faits de violences dans les 3 services les plus touchés par ceux-ci.

(Toutes ces données sont issues des bilans réalisés par l'ONVH pour les années 2006 à 2011)⁶

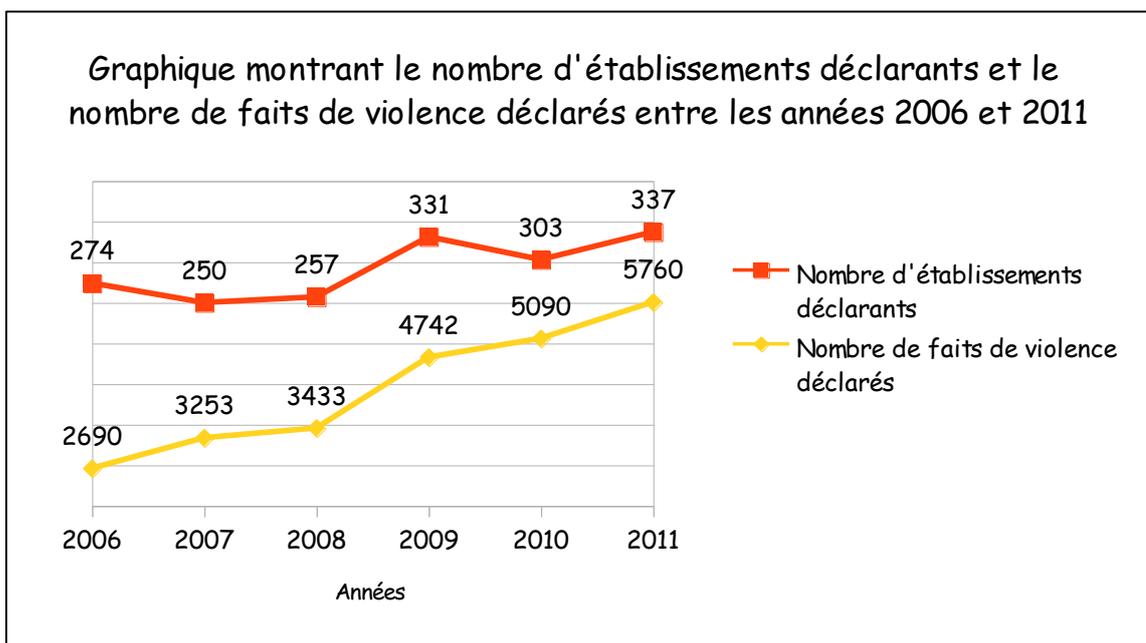
Avant toute analyse de ces données, l'ONVH nous met en garde sur différents critères :

- Sur tous les établissements susceptibles de déclarer, seuls 11% le font. La très grande majorité sont des établissements publics.
- Ces faits ne sont pas tous signalés de la même façon : d'une part parce que notre analyse de ces faits subis est très subjective, d'autre part parce que le seuil de tolérance à l'agression n'est pas le même pour chacun de nous.
- Tous les établissements non pas la même politique de prévention et de gestion des violences.

⁶www.sante.gouv.fr/les-bilans-de-l-observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs.htm

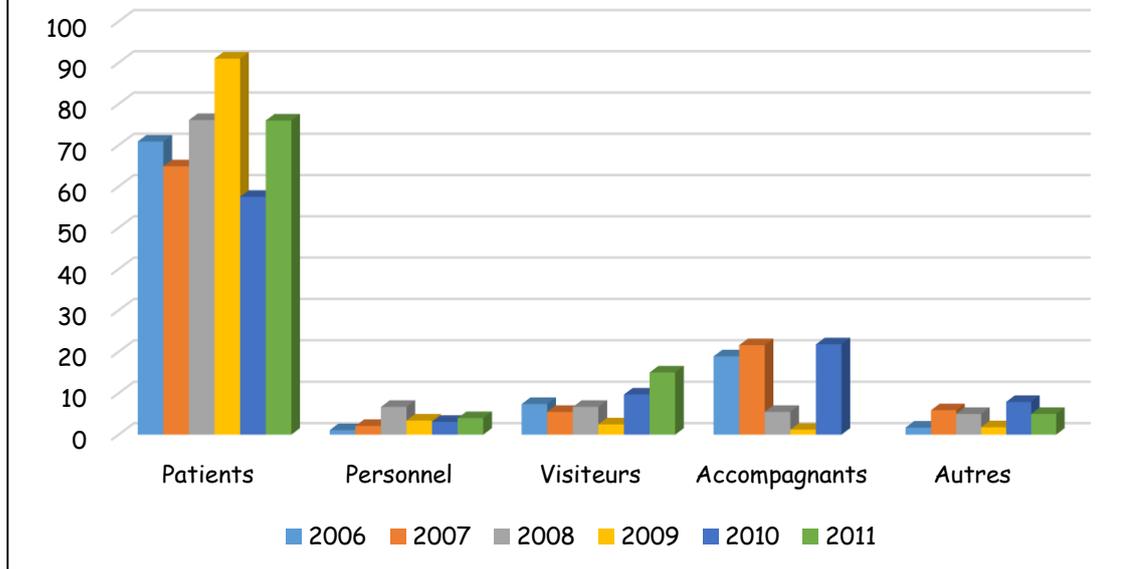
De même, il est important de retenir:

- qu'il y a une différence entre le ressenti et la réalité
- que le seuil de tolérance à la violence s'est peut être abaissé
- que les établissements déclarants ont pour intérêt de voir une évolution de la politique de sécurité ce qui les amènent à être plus constants sur leurs déclarations auprès de l'OVNH



Le nombre de faits de violences déclarés a toujours été croissant depuis la mise en place de l'ONVH en 2006 avec un pic plus important en 2009 qui résulte d'une meilleure information des professionnels de santé au travers de colloques, et grâce à des interventions d'information sur ce signalement, la diffusion des bilans de l'ONVH des années précédentes. Cependant, le nombre d'établissements déclarants n'a pas toujours été croissant, 2007 et 2010 sont des années où, malgré le nombre croissant de faits déclarés, le nombre d'établissements déclarants était en déclin.

Graphique représentant le pourcentage des auteurs de faits de violence portant atteintes aux personnes entre 2006 et 2011

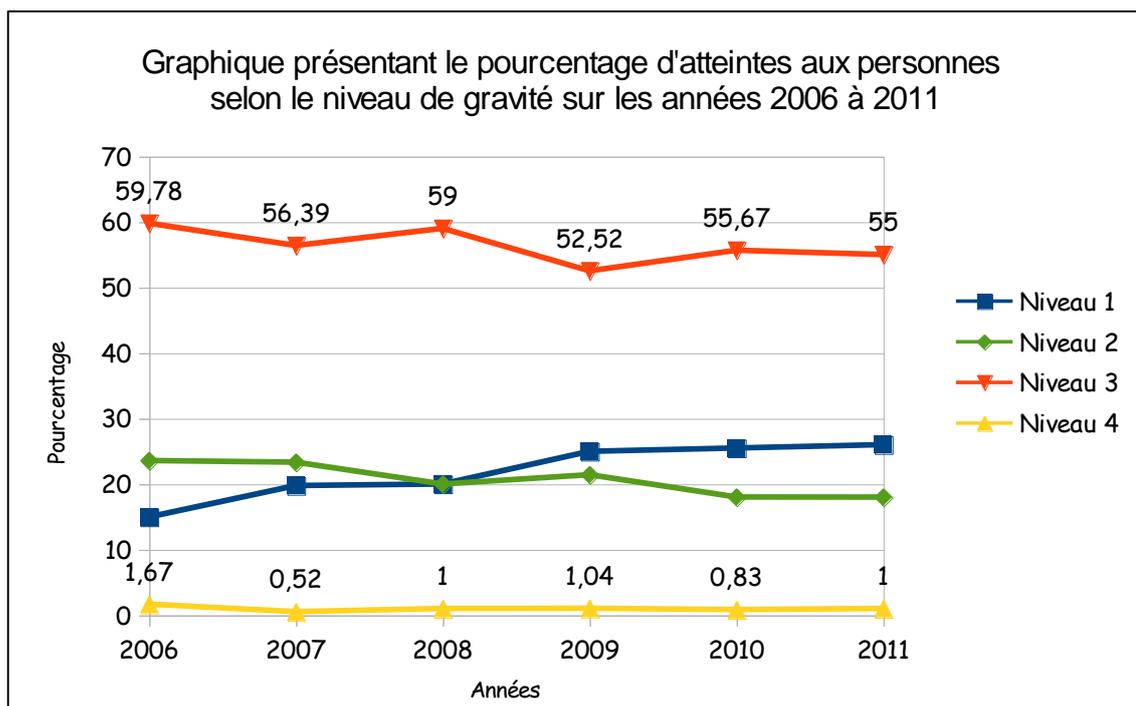


NB : pour l'année 2011, l'ONVH ne donne pas les données pour les faits d'atteintes aux personnes (ce sont donc les chiffres des violences toutes atteintes confondues) ni le nombre d'accompagnants auteur.

Ce graphique nous montre, tout d'abord, que les auteurs de faits de violence déclarés portant atteintes aux personnes sont majoritairement les patients, suivis des accompagnants, des visiteurs, des « autres » et enfin du personnel.

L'année 2009 a été l'année où le pourcentage de patients auteurs a été le plus important, 9 actes de violence sur 10 étaient à l'origine de ceux-ci !

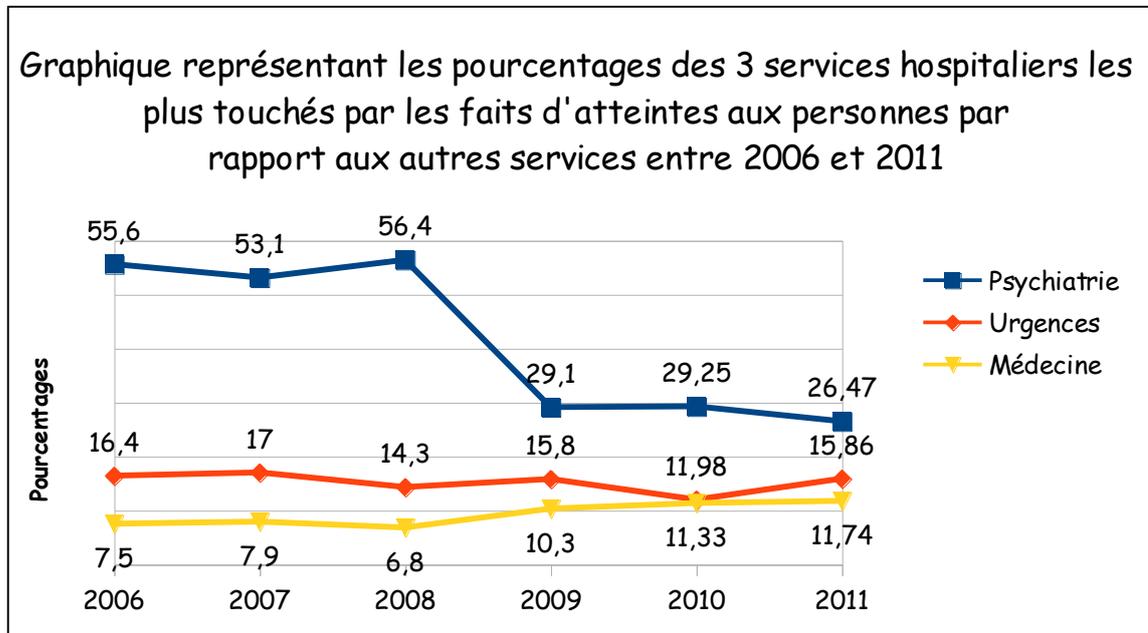
Malgré une baisse importante en 2010, en 2011 le pourcentage de patients auteurs de violence aux personnes a ré-augmenté.



Ce graphique est important à étudier car il met en évidence plusieurs éléments : tout d'abord, nous pouvons voir que le type d'atteintes aux personnes les plus déclarées sont les violences de niveau 3 (Violences volontaires, menaces avec arme par nature ou par destination, agression sexuelle), suivi des violences de niveau 2 jusqu'en 2008 puis des violences de niveau 1 et enfin des violences de niveau 4. Cependant, est-il vraiment représentatif des violences réellement vécues ? En effet, nous sommes plus souvent amenés à être victimes/témoins de violence de niveau 1 (injures, insultes, provocations sans menaces) que de violences de niveau 3. Ainsi, nous pouvons supposer que les soignants étant victimes de violences de niveau 1 très souvent ne prennent plus la peine de les déclarer auprès de l'ONVH, ou tout simplement ne se rendent même plus compte du caractère violent de ces agressions verbales. On comprend donc pourquoi l'ONVH nous met en garde quant à l'analyse de ces données, n'étant pas forcément représentatives de la réalité des violences subies.

De plus, nous pouvons remarquer que les déclarations de violences de niveau 3 sont en baisse globalement, de même pour les violences de niveau 2, tandis que les

violences de niveau 4 restent stables malgré une augmentation de 100% entre 2007 et 2008, et que les violences de niveau 1 sont en augmentation.



Ce graphique nous présente clairement l'évolution de ces 3 services les plus touchés par les faits déclarés de violence portant atteintes aux personnes. Les services de psychiatrie qui sont toujours en tête ont cependant connus un déclin important en 2009. Les services des urgences restent globalement stables tandis que les services de médecine sont en augmentation.

Depuis le 5 janvier 2012, le logiciel Netsurvey qui permettait aux professionnels de la santé de signaler ces événements auprès de l'ONVH a été arrêté. Il a laissé place à l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) dont on peut retrouver la plate-forme via le lien suivant :

<https://o6.sante.gouv.fr/ONVS/>

Il était devenu nécessaire d'améliorer cet outil de déclaration des événements de violence en apportant aux usagers du domaine public comme privé plus de performance.

Il est indispensable d'inciter les victimes d'agression à signaler les faits de violence puisque c'est à partir de ces signalements que sont mises en place les politiques de lutte contre la violence.

1.1.3. La prévention de la violence hospitalière

La démarche de l'ONVH vue précédemment est donc d'étudier les recensements de faits de violence à l'hôpital dans le but de mettre en place et réajuster chaque année les dispositifs de prévention auprès des professionnels de la santé.

Le dossier Violence et Soins paru en mai 2007 dans le magazine *Soins* propose des voies d'actions permettant d'améliorer la prévention faite auprès des soignants : tout d'abord, il est question, encore une fois, qu'un meilleur recensement des actes de violences soit fait afin de pouvoir expliquer, analyser ces faits et agir ; ensuite, il propose la mise en place de formations spécifiques pour tous les professionnels de la santé afin de pouvoir anticiper les situations de violence et mieux comprendre les comportements agressifs, ; enfin, il incite à des discussions organisées en lien avec les soignants et le personnel médical au regard de toute situation dangereuse ou potentiellement dangereuse, le but étant que tous les professionnels de la santé participent activement à ces actions afin qu'elles soient bénéfiques pour tous.⁷

De plus, ce dossier traite de la nécessité d'aborder ce thème en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) auprès de futurs professionnels qui seront très sûrement confrontés à ce type de situation durant leur carrière voir même déjà pendant leurs

⁷COLLECTIF – Violence et Soins – Dossier – *Soins* n°715, Mai 2007, p.36

stages.⁸En effet, travailler sur des situations de violence permet de mieux les appréhender et surtout de les prévenir. Cependant, cet article datant de 2007 faisait référence à l'ancien programme mais qu'en est-il aujourd'hui avec le nouveau programme ?

Certains CHU proposent des groupes de travail « Violence » (comme celui de Besançon ou celui de Saint Etienne⁹ (cf Annexe 2 et 3)) dont les objectifs sont de signaler, recenser et prendre en charge la violence¹⁰ mais aussi de prendre contact avec la victime et l'aiguiller sur la conduite à tenir, les procédures qu'elle peut engager et les personnes auxquelles elle peut s'adresser. Les bénéfices de ces groupes de travail sont la mise en place de renforcement de sécurité (vigiles, interphones pour les travailleurs isolés, caméra...), des formations spécifiques proposées comme la communication et la gestion de l'agressivité, la maîtrise d'un individu dangereux ou violent, les réflexes sur les violences et les mesures de prévention¹¹.

1.1.4. La prise en charge du soignant victime de violence

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la violence à l'hôpital envers les soignants est toujours un sujet difficile. Très souvent, les professionnels victimes ressentent une certaine honte et culpabilité voir même un sentiment de solitude, souffrance dont ils ne parlent pas toujours¹². La plupart du temps, ceux-ci auraient recours à la « discussion officieuse » avec les membres de l'équipe, mais le déni est quand même un fait très présent.¹³

⁸COLLECTIF – Violence et Soins – Dossier – *Soins n°715*, Mai 2007, p.51

⁹ COLLECTIF – Des groupes de travail sont à votre écoute, le saviez-vous ? – *CHU MAG n°11*, Mars/Avril 2009, p.12

¹⁰ COLLECTIF – La violence à l'hôpital – *La revue de l'infirmière n°165*, Novembre 2010, p.24

¹¹Ibid., p.25

¹²COLLECTIF – Violence et Soins – Dossier – *Soins n°715*, Mai 2007, p.29

¹³ ESTRYN-BEHAR, Op. Cit., p.59

La violence physique de patient à soignant peut avoir de lourdes conséquences : le sentiment d'être un mauvais professionnel n'ayant pas su gérer la situation, la représentation d'un échec dans le soin et surtout un sentiment de peur¹⁴. Mais le plus important est peut-être l'évitement des contacts et particulièrement avec l'auteur des violences, ce qui peut avoir des conséquences négatives, surtout dans la réalisation des soins.¹⁵

Ainsi, une prise en charge précoce du professionnel victime serait bénéfique, le but étant de le déculpabiliser et de lui éviter de sombrer.¹⁶

Si l'agression a entraîné des blessures physiques, il sera nécessaire que la victime consulte un médecin et fasse une déclaration d'accident du travail. De même, il sera possible que cette victime (si elle en ressent le besoin) consulte un psychologue de la médecine du travail ou se rende directement aux urgences psychiatriques.¹⁷

Après avoir géré les déclarations de violence faites par les victimes, les psychologues de la médecine du travail en collaboration avec le médecin du travail contactent les victimes afin de leur signaler qu'ils sont à leur disposition si elles souhaitent échanger autour de l'évènement qui s'est produit, être accompagnées. De même, il peut être proposé aux équipes présentes lors de situations de violence des débriefings individuels ou collectifs.¹⁸

1.2. Violence et Psychiatrie

Pourquoi inclure la psychiatrie dans cette partie du cadre conceptuel ? Très souvent et malheureusement, pour les non soignants et même certains soignants, la psychiatrie est synonyme de violence et fait peur. Il est effectivement observable que la majorité des faits de violence se produisent dans des services de psychiatrie, cependant 85% à 97% des auteurs de violences n'ont pas de troubles psychiatriques

¹⁴COLLECTIF – Violence et Soins – Dossier – Soins n°715, Mai 2007, p.34

¹⁵ ESTRYN-BEHAR, Op. Cit., p.59-60

¹⁶COLLECTIF – Violence et Soins – Dossier – Soins n°715, Mai 2007, p.36

¹⁷ COLLECTIF – La violence à l'hôpital – La revue de l'infirmière n°165, Novembre 2010, p.25

¹⁸Ibid.

(tout service de soins confondus) et 90% des patients psychiatrique graves ne sont pas violents.¹⁹

En effet, aux yeux de la plupart des personnes, « *la maladie mentale renvoie à d'innombrables représentations négatives, de peurs, et d'angoisses* ». ²⁰

Mais alors, pourquoi la psychiatrie fait elle peur ?

Tout d'abord, on ne peut le nier, les termes désignant les malades psychiatriques dans les médias sont souvent très négatifs (« *dangereux forcené* », « *dangereux déséquilibré* ») ²¹ ce qui renforce le sentiment de peur vis-à-vis de la psychiatrie, trop souvent mal connue. Très stigmatisée, la violence est souvent assimilée à la folie.²²

Dans l'article Peur et folie, issue du magazine *Soins psychiatrique* de juin/juillet 1988, il est expliqué comment était vue la folie au cours des différentes époques. Il en ressort le fait que, dans les sociétés anciennes, la peur du fou était celle « *d'une remise en cause du monde* »²³ alors que de nos jours, la crainte principale est celle de la violence.

Dans le cadre de la psychiatrie, un élément particulier est important à prendre en compte : depuis la disparition du diplôme d'état infirmier de secteur psychiatrique, la formation « de base » n'est plus adaptée aux soignants qui vont travailler en psychiatrie, parfois sans le vouloir. Ainsi, ces soignants ne sont plus préparés à ce type de patients, et leur sensibilité à la violence n'est pas la même que les soignants qui étaient spécialisés.

¹⁹ THOMAS (Marjorie) – La violence et la peur – *Soin Psychiatrie n°256*, Mai/Juin 2008, p.46

²⁰ Ibid.

²¹ COLLECTIF – Peur, Force ou Faiblesse – *Soins Psychiatrie n°92-93*, juin/juillet 1988, p.9

²² COLLECTIF – Violence et Soins – Dossier – *Soins n°715*, Mai 2007, p.42

²³ COLLECTIF – Peur, Force ou Faiblesse – *Soins Psychiatrie n°92-93*, juin/juillet 1988, p.14

2. Une émotion particulière : la peur

2.1. Définitions

2.1.1. Les émotions

Selon Charles Darwin dans son livre L'expression des émotions chez les hommes et les animaux en 1872, les émotions seraient universelles, c'est à dire qu'elles seraient présentes dans toutes les cultures et dans tous les pays, mais aussi qu'elles seraient adaptatives, qu'elles auraient pour but de favoriser la survie de l'espèce.

Pour beaucoup de chercheurs, il existe des émotions fondamentales, dites de base qui seraient des réponses spécifiques, génétiquement programmées et reliées à la survie de l'espèce : ces émotions sont la joie, la tristesse, le dégoût, la colère et la peur. Le nombre de ces émotions « de base » varie d'un auteur à un autre, pouvant aller jusqu'à huit ou dix et comprenant la honte, la culpabilité, la surprise, mais aussi l'anxiété ou l'enthousiasme, considérées comme secondaires et provenant de combinaison d'émotions.²⁴

Les émotions sont donc « *un sentiment incontrôlable qui provoque des manifestations physiques ressenties de manière agréable ou désagréable, [...] de durée limitée, variable dans son intensité. [...] Ses manifestations physiques sont nombreuses et spécifiques à chaque individu.* »²⁵

²⁴ NUGIER (Armelle) – Histoire et grands courants de recherche sur les émotions – *Revue électronique de Psychologie Sociale* n°4, 2009, p.8

²⁵ RISPAIL (Dominique) – Mieux se connaître pour mieux soigner : une approche du développement personnel en soins infirmiers – Paris, Edition Masson, 2002, p.27

2.1.2. La peur

La peur est donc une émotion faisant partie des « émotions de base ». Très souvent confondue avec l'angoisse, la peur « *recouvre une série de manifestations de l'organisme résultant d'un état particulier de tension émotionnelle face à une menace, un danger ou une incertitude sur l'avenir* »²⁶ tandis que l'angoisse serait une peur sans objet réel, qui ferait référence à un danger inconnu ne pouvant être défini. Cependant, il est courant de constater que l'angoisse peut survenir avant une peur réelle et qu'elle l'y prépare. De même, la peur peut aussi apparaître de façon décalée par rapport à sa cause d'origine.²⁷

En réponse à ce sentiment de peur, l'organisme déclenche une série de manifestations aussi bien psychiques, neurovégétatives, que comportementales : elles peuvent se traduire par des sensations de menace, de tension intérieure, de perte de contrôle de soi mais aussi toucher les fonctions respiratoires, cardiovasculaires, neuromusculaires et même digestives en déclenchant par exemple une polypnée, des palpitations, des tremblements... Faire une liste exhaustive de toutes les manifestations liées à la peur serait impossible de par la multitude des changements que celle-ci engage.²⁸

Monique de BONIS, une chercheuse du CNRS explique dans son ouvrage²⁹ les recherches qui ont été réalisées sur l'animal, le malade neurologique ou psychiatrique et le sujet sain mettant en évidence deux petites structures du cerveau appelées Amygdales du fait de leur forme en amande situées dans le lobe temporal et étant à la base de la gestion de la peur. Sans ces petites structures ou lorsque celles-ci ont été altérées, les expériences ont pu montrer qu'il est impossible pour le sujet de reconnaître un visage présentant l'expression faciale de la peur (alors qu'il serait en mesure de reconnaître les expressions faciales des autres émotions telles que la joie, la tristesse...), il est capable d'en trouver des synonymes, d'interpréter des situations

²⁶ Collectif – Peur, Force ou Faiblesse – *Soins Psychiatrie n°92-93*, juin/juillet 1988, p.4

²⁷ Ibid., p.12

²⁸ Ibid., p.4

²⁹ De BONIS (Monique) – Domestiquer les émotions – Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2006, p.53 à 57

pouvant amener cette émotion, mais il sera incapable de représenter, même en dessin, la peur.

Plus tard, une autre expérience confirmera l'importance de ces amygdales dans la reconnaissance faciale de la peur : il sera présenté à cinq personnes sujettes une dizaine de photographies de visages, cinq hommes et cinq femmes exprimant de la peur et de la joie, dont l'intensité de l'expression aura été variée volontairement. Après avoir reçu un produit radioactif, on leur demandera de reconnaître s'il s'agit d'un homme ou une femme sur chaque photo, détournant ainsi leur attention de l'expression émotionnelle du visage qu'ils regarderont. Les résultats de l'analyse ont ainsi montré clairement deux choses : d'une part lorsqu'il leur était présenté des visages avec une expression de peur, l'activité de l'amygdale des sujets était bien présente, d'une autre part, plus l'intensité de l'expression de la peur était élevée, plus l'activité de l'amygdale l'était aussi. Cependant, d'autres expériences ultérieures n'ont pas forcément confirmé ces deux expériences, mettant en doute non pas l'activité des amygdales à détecter l'expression faciale de la peur mais plutôt le fait que ces amygdales ne seraient pas exclusivement propres à la reconnaissance de la peur, qu'elles seraient un pivot dans un réseau cérébral impliquant plusieurs régions interconnectées.

2.2. La peur, un sentiment toujours tabou

« Ce sentiment, qui peut, s'il est un tant soit peu honnête avec lui-même, affirmer ne pas l'avoir ressenti au moins une fois au cours de sa pratique ? »³⁰

Quelque soit le service où nous avons été, où nous serons plus tard, des urgences à la chirurgie en passant par la psychiatrie, le sentiment de peur peut survenir et n'est pas toujours facile à accepter, à partager. Parler du thème de la peur chez le soignant entraîne une certaine forme de pudeur, même lorsqu'il s'agit d'en parler avec ses propres collègues qui ont peut-être vécu la même chose. Etant vu comme un

³⁰ Collectif – Peur, Force ou Faiblesse – *Soins Psychiatrie n°92-93*, juin/juillet 1988, p. 25

sentiment négatif, le plus souvent il est caché derrière un discours anodin, professionnel, essayant d'être le plus neutre possible.

Dans son livre *L'A.B.C. des émotions*, Claude Steiner nous explique que, très souvent, il a remarqué que les hommes se montraient extrêmement gênés à la simple énonciation du mot « émotion », comme s'ils avaient « *peur que des secrets profonds et douloureux soient en quelque sorte exposés à la face du monde s'ils révèlent leurs sentiments* »³¹. Cependant, sans les émotions, nous ne serions que des psychopathes, rappelle t'il.

Trop souvent, nous utilisons un mécanisme de défense bien connu qui s'appelle le déni. C'est l'exemple donné par Patrick Legeron dans son livre sur *Le stress au travail* :

*Nous avons tous eu l'occasion d'affronter des personnes [...] tremblantes et l'air inquiet, nous dire : « ça va, ça va, je n'ai pas peur. » Au fond d'elles-mêmes, il y a un mécanisme de déni, comme si regarder en face leur émotion allait l'amplifier, et comme si l'ignorer allait au contraire la faire disparaître.*³²

Souvent, dans les réactions post-traumatiques, nous retrouvons ce sentiment de déni après le choc et, plus tard, une forme de relativisation, de réinterprétation dans le but de donner un sens à l'évènement qui s'est produit, et qui, très souvent, a produit un sentiment de peur.³³

2.3. Comprendre et partager nos émotions

Le partage des émotions, et plus particulièrement de la peur que l'on a pu ressentir est très important. En effet, parler d'une expérience douloureuse, ce que l'on a ressenti est nécessaire afin que « *son aspect négatif s'estompe au profit de son*

³¹ STEINER (Claude) et PERRY (Paul) – *L'A.B.C des émotions* – Paris, InterEditions, 2005, 2^{ème} Edition, p.14

³²LEGERON (Patrick) – *Le stress au travail* – Paris, Odile Jacob Poche, 2003, p. 341

³³ MICHEL (Michel), THIRION (Jean-François) – *Faire face à la violence dans les institutions de santé – Gestion des risques et de la qualité* – Paris, Edition Lamarre, 2004, p.24

aspect positif »³⁴. Des enseignements pourront être tirés, permettant ainsi d'être en mesure de gérer sereinement d'éventuels évènements semblables.

Claude Steiner nous présente dans son livre la théorie de l'alphabétisation émotionnelle. Celle-ci « *se compose de trois capacités : comprendre ses émotions, écouter d'autres personnes et entrer en empathie avec leurs émotions, enfin d'exprimer des émotions de façon productive* »³⁵. L'intérêt de cette « éducation émotionnelle » est d'être capable de gérer nos émotions afin d'en faire une force ainsi que d'améliorer notre qualité de vie et celle de notre entourage. « *Être émotionnellement Intelligent, c'est savoir quelles sont vos émotions et celles des autres, quelle est leur force et d'où elles viennent. Être émotionnellement Alphabétisé, c'est savoir gérer vos émotions parce que vous les comprenez* »³⁶. Ainsi, cette formation permettrait d'apprendre l'impact que peuvent avoir nos émotions sur les autres et les façons de les exprimer mais aussi apprendre l'empathie.

De plus, ce psychologue nous explique, lui aussi, l'importance du partage des émotions, surtout à la suite d'un traumatisme. En effet, appelant cela « *anesthésie émotionnelle* », il serait important de partager l'évènement traumatique avec une personne compréhensive, ce que nous ne faisons pas toujours et qui nous amène à un état d'engourdissement émotionnel. Au fil des années, il aurait observé que la plupart d'entre nous étions dans un « *état de choc émotionnel semi-permanent* » qui serait nourri par de nombreux évènements douloureux, nous faisant ainsi perdre « *le contact avec nos sentiments* ». N'ayant personne autour de nous capable de nous écouter suffisamment pour nous aider psychologiquement, nous serions « *émotionnellement anesthésiés* », oubliant ainsi les incidents traumatiques et nos ressentis. ³⁷

Patrick Legeron exprime aussi l'importance sur l'extériorisation des émotions. Selon celui-ci, il serait même « *plus efficace de livrer ses émotions directement à la personne qui les a fait naître* »³⁸, le but étant de le faire, non pas pour blesser l'autre mais pour

³⁴ Collectif – Peur, Force ou Faiblesse – *Soins Psychiatrie n°92-93*, juin/juillet 1988, p.25

³⁵ STEINER, Op. Cit., p.13

³⁶ ibid., p.14

³⁷ ibid., p.21

³⁸ LEGERON, Op. Cit., p. 343

mieux les gérer soi-même, en respectant tout de même certaines règles comme accepter totalement la responsabilité de cette émotion (employer le « je » et non pas le « tu » : « j'ai peur » au lieu de « tu me fais peur ») et surtout de pas culpabiliser l'autre.

3. La qualité des soins selon Walter HESBEEN

Dans son célèbre livre La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante³⁹, Walter Hesbeen tente de nous donner sa définition de « *la qualité du soin* » aussi complexe soit elle, de par la multitude des éléments qu'elle prend en compte.

Tout d'abord, pour W. Hesbeen, le soin ne se limite pas à des actes médicaux comme ont tendance à le définir les soignants lorsqu'ils parlent de leur pratique, il comprend aussi « *la rencontre et l'accompagnement dans leurs dimensions subtiles, existentielles* »⁴⁰. Trop souvent, nous employons le terme « *faire du relationnel* » alors que nous devrions dire « *être relationnel* » car, étant l'essence même d'un soin comme on pourrait parler de l'hygiène, la dimension relationnelle ne peut être détachée du soin⁴¹. Ainsi, il est inconcevable pour Walter Hesbeen de se rendre au chevet d'un patient, d'effectuer un acte en « *laissant à d'autres la dimension relationnelle ou en la reportant à un autre moment* »⁴² : aussi surchargés que nous soyons, le patient serait en mesure de comprendre, s'il lui est expliqué, pourquoi nous sommes si pressés, tout en lui indiquant que nous tacherons de lui accorder plus de temps un peu plus tard, veillant ainsi à entretenir la relation de confiance avec lui en lui expliquant la situation.

Ainsi, il définit les déterminants d'un soin de qualité par « *l'accueil, l'écoute, la disponibilité, et la créativité des soignants, combinés à leurs connaissances de nature scientifique et habiletés techniques.* »⁴³

La qualité ne se mesure pas à un instant T, elle se mesure dans le temps.⁴⁴ De plus, nous devons savoir, pour la définir, par qui elle est définie, pour qui, dans quel but, et de quelle qualité il s'agit.⁴⁵

³⁹ HESBEEN (Walter) – La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante – Paris, Edition Masson, 1998.

⁴⁰ Ibid., p.48

⁴¹ Ibid., p.46

⁴² Ibid.

⁴³ Ibid., p.47

⁴⁴ Ibid., p.50

⁴⁵ Ibid., p.51

L'auteur se demande si « *en définitive, [la qualité n'est-elle pas] déterminée par le regard de la personne soignante qui croise et rencontre celui de la personne soignée et qui permet une forme d'apprivoisement réciproque [...] ?* »⁴⁶

Il donne alors la définition suivante pour qualifier la pratique soignante :

*Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci [...].*⁴⁷

Ainsi, il détermine un soin de qualité par 7 classes de déterminants : les aspects politiques et économiques ; l'organisation concrète des structures ; les réflexions philosophiques et connaissances techniques et scientifiques ; la formation des professionnels ; le comportement et la compétence des acteurs ; la personne soignée et ses proches ; les méthodes de recueil d'informations sur les pratiques et les démarches d'évaluation.⁴⁸

Nous nous intéresserons surtout au comportement et à la compétence des acteurs qui, selon W. Hesbeen, sont de forts marqueurs de la qualité du soin.⁴⁹

Comme indicateurs servant de références au « comportement soignant adéquat », l'auteur recense : la simplicité, le respect, la subtilité, l'écoute, la compassion, la laïcité, l'humour, la capacité à s'indigner et le *prendre soin*.⁵⁰

⁴⁶ HESBEEN, Op. Cit., p.52

⁴⁷ Ibid., p.55

⁴⁸ Ibid., p.60

⁴⁹ Ibid., p.69

⁵⁰ Ibid., p.70-71-72

Toutes ces recherches m'ont amené à faire des liens entre ces différents concepts : la violence ayant pour conséquence la peur du soignant victime, celui-ci se retrouvera en difficulté dans la réalisation de ses soins, ce qui pourrait en altérer leur qualité. En effet, la dimension relationnelle entre le soignant et le patient violent sera probablement corrompue, le soignant ressentant de la peur prendra des distances avec ce patient : il ne sera pas à l'écoute, ne sera probablement pas dans le *prendre soin* ni dans la compassion. De même, les soins techniques seront peut-être compromis dans le sens où le soignant, mal à l'aise vis-à-vis de ce patient, sera éventuellement amené à réaliser des erreurs de calcul ou de manipulation.

III. ENQUÊTE DE TERRAIN

1. Présentation du dispositif et des modalités d'enquête

1.1. Choix et construction de l'outil d'enquête

Cet entretien a été selon moi une étude de cas plutôt qu'un « entretien type ». En effet, le but de cette enquête de terrain était l'occasion de comprendre concrètement et à travers les paroles d'une infirmière particulière comment est vécue la violence à l'hôpital, les conséquences qui en découlent et la dimension émotionnelle autour de ce fait. Par le biais de cette enquête, j'ai donc cherché à comprendre les émotions éprouvées par cette soignante avant, pendant et après une agression de la part d'un patient violent, la façon dont elle a pu exprimer cette douloureuse expérience, son ressenti, et les conséquences que ses émotions ont pu avoir sur elle, tant sur le plan personnel que professionnel. De même, j'ai souhaité avoir un témoignage permettant de vérifier si oui ou non une prise en charge a été faite suite à cet événement, de quelle façon et ce qu'elle a pu apporter à cette soignante.

Pour cela, mon entretien s'est composé de questions ouvertes, de questions suggestives, et de questions fermées avec relance.

1.2. Choix du lieu et de la population

Dans le but de réaliser cet entretien, j'avais comme objectif un type de soignant bien précis :

Tout d'abord, je souhaitais que ce professionnel soit un(e) infirmier(e), étant très souvent en contact avec le patient (entretien d'accueil, soins, etc...), ce soignant est très exposé aux éventuels changements de comportements pouvant s'avérer violents. De plus, étant des intermédiaires privilégiés entre le patient et le médecin, ils sont très souvent sollicités pour des questions, des réclamations...

Ensuite, je voulais que ce soignant travaille dans un service dit « lambda », non spécialisé en psychiatrie, service où les soignants sont (en général) mieux formés sur la prise en charge de la violence, et sont donc plus à même de gérer des patients violents.

Enfin, je recherchais quelqu'un qui aurait subi un acte de violence de la part d'un patient tel qu'il aurait entraîné un arrêt de travail. Selon moi, personne n'est le mieux placé pour parler de violence qu'une personne qui en a subi une. De plus, ayant été en arrêt de travail, cette personne aurait été en mesure de me parler du suivi dont elle aurait pu bénéficier suite à cette agression, ce qu'il lui aurait apporté et dans quelles conditions il lui aurait été proposé.

1.3. Modalités de réalisations

Pour se faire, j'ai contacté tous les services des urgences (service recensant le nombre de faits de violence le plus important après la psychiatrie) de la Loire, puis de Lyon, et même ceux de Marseille. Finalement, c'est à Lyon que j'ai pu trouver l'infirmière correspondant à tous mes critères, avec beaucoup de soulagement car je n'étais pas sûre de pouvoir trouver un soignant correspondant à toutes mes exigences qui étaient très spécifiques.

Je me suis donc rendue dans l'établissement où elle travaillait après avoir établi ensemble un rendez-vous, nous nous sommes installées dans une salle de réunion fermée où nous n'avons pas été dérangées sauf lorsque la sonnette a retenti à deux reprises et où l'infirmière est allée l'éteindre.

2. Analyse des données recueillies

Afin d'analyser cet entretien, j'ai choisi de regrouper mes observations en fonction de mes thèmes principaux qui sont la violence, les émotions et la qualité des soins.

La violence :

❖ Agressivité et représentations

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que cette infirmière emploie l'adjectif « agressif » à 6 reprises et n'utilise qu'une seule fois l'adjectif « violent ». Le terme agressif n'est pas neutre : lorsque l'on trouve une personne agressive, cela signifie que l'on se sent agressé. Ainsi, sans le vouloir, à travers son vocabulaire nous pouvons nous rendre compte que le fait d'être confrontée à des patients « agressifs » régulièrement fait écho à une certaine forme d'agression à répétition sous tendue, fragilisant ainsi le moral de cette soignante.

Ensuite, à travers ses propos nous nous rendons compte qu'elle a une représentation de la violence très subjective : elle explique (I.13) que dans son service, les soignants sont habitués à recevoir des patients agressifs pouvant être violents verbalement comme si ce fait était presque normal alors que cela reste de la violence. Cet exemple nous montre pourquoi l'ONVH nous met en garde quant aux faits qui sont déclarés dans certains services comme les urgences, la violence verbale s'est banalisée avec le temps et donc n'est plus forcément déclarée à sa juste fréquence.

❖ Vécu de l'agression

Lorsque cette infirmière raconte le contexte de son agression, elle emploie très souvent le « on » ou le « nous » au lieu du « je » (« *il n'a pas été tout de suite violent envers... envers nous* » (I.22) sachant qu'elle a été la seule personne visée pendant cette agression. Cependant, elle change de pronom lorsqu'elle explique « *on a pris... j'ai pris mes distances* » (I.25) : il apparaîtrait qu'elle a des difficultés encore aujourd'hui à accepter ce qui lui est arrivé personnellement, elle semble ressentir de la honte et préfère employer le « on » qui est impersonnel, permettant de ne pas l'impliquer.

De même, les circonstances de l'évènement restent assez troubles, nous savons qu'elle a reçu un revers de la main alors que le patient était initialement allongé sur un brancard et s'est relevé, mais nous n'en savons pas plus... Qu'a t'il été dit au patient avant qu'il devienne violent ? Quelle était l'attitude des soignants envers lui ? Ces données auraient été importantes à connaître car nous ne pouvons comprendre la situation dans son contexte réel. Mais peut-on qualifier cet « oubli » d'une certaine forme de déni ? De culpabilité ?

❖ Prévention et formation

En faisant référence à l'outil de déclaration proposé par l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (I.43), j'ai pu me rendre compte qu'elle ne le connaissait pas, tout en sachant qu'elle a suivi une formation sur la prise en charge de la violence. Je me suis alors demandé si cette information ne devrait pas être une des bases de ces formations : apprendre à maîtriser un patient agressif ou violent est une chose nécessaire mais connaître les dispositifs permettant de recueillir des données précises sur ce qu'il se passe en service en est une autre, sachant que cela permet la mise en place de dispositifs toujours plus adaptés à la réalité des faits qui se produisent.

De même, lorsque je lui demande si elle connaît le dispositif ou le protocole prévu en cas de violence sur le personnel, elle me répond « oui » mais ne semble pas arriver à répondre à ma question malgré de nombreuses hésitations (I.58). Nous pouvons donc nous demander à nouveau si cette formation qu'elle a suivie lui a apporté quelque chose de nouveau et a été bénéfique au point de vue prévention.

❖ Prise en charge post traumatique et remise en question

Lorsque cette infirmière explique le déroulement des évènements, elle semble troublée, répète les termes « brancard » et « relevé » (ligne 19-20), il semble qu'il est encore difficile pour elle d'évoquer ce moment difficile : peut-on alors dire que le « suivi » dont elle a pu bénéficier a été suffisant ?

Lorsque j'aborde le sujet du suivi psychologique, elle me répond qu'elle en a eu un « *enfin une fois* » (l.69) : peut-on parler de « suivi » lorsque celui-ci ne s'est produit qu'une seule fois ? A-t-il été bénéfique pour cette infirmière ? Il s'avérerait qu'elle ait eu recours à la « discussion officieuse » avec ses collègues comme nous avons pu le voir dans la partie 1.1.4 La prise en charge du soignant victime de violence, p.17, mais peut-on dire que celle-ci soit une façon de se libérer pleinement de ses angoisses post traumatiques?

Dans ma question traitant de l'impact qu'a eu cette agression sur sa façon de soigner et de prendre soin, le mot « forcement » revient à deux reprises (« *on prend forcement du recul* » (l.85), « *on se pose beaucoup de questions aussi hein forcement* » (l.86)) : peut-on penser que, pour cette soignante, sa part de responsabilité dans cette agression n'est pas à exclure, qu'elle se sent obligée de se remettre en question, comme une évidence ? Cela nous renvoie à une des conséquences évoquée dans la partie 1.1.4 La prise en charge du soignant victime de violence, p.17 suite à une violence physique de la part d'un patient sur un soignant faisant ressentir à celui-ci le sentiment d'être un mauvais professionnel.

De même, lorsqu'elle évoque « *comment on parle au patient* » (l.88) dans la même question, cela confirme peut-être le fait qu'elle éprouve une certaine forme de culpabilité quant à sa responsabilité dans le geste violent de son patient.

Les émotions :

Les questions portant sur les émotions ont été celles pour lesquelles l'infirmière a eu le plus de difficulté à répondre, de grands silences précédaient ses réponses.

En effet, lorsque je lui ai demandé quelles ont été ses émotions au moment de l'agression (I.28), elle a réfléchi longuement, comme si cette démarche de réflexion sur ses propres émotions n'avait pas été faite auparavant : nous pouvons alors nous demander si elle a vraiment eu l'occasion de les évoquer à quelqu'un?

De plus, lorsqu'elle dit « *peut-être la peur...* » (I.32) et « *je sais même pas si j'ai eu le temps d'avoir peur* » (I.33), nous pourrions croire qu'elle aurait oublié ses émotions, son ressenti à ce moment précis, faisant penser à l'idée évoquée dans la partie 2.3 Comprendre et partager nos émotions, p.24 selon laquelle nous serions « *émotionnellement anesthésiés* », oubliant nos ressentis s'ils n'ont pas été évoqués auprès d'une personne capable de les écouter et de nous aider.

Cependant, nous pouvons constater que, lorsque j'ai posé ma question sur la présence de la peur dans son quotidien professionnel (I.106), elle me répond positivement mais sa réponse ne contient que des « on » et des « nous » : peut-on considérer alors que le sentiment de peur a bien existé chez elle ou existe toujours mais qu'elle n'ose pas se l'avouer, me l'avouer, en utilisant des pronoms impersonnels ? Cela confirme t'il que le sentiment de peur chez le soignant est toujours un tabou de nos jours ?

La qualité des soins :

Mes questions portant sur la qualité des soins ont été quelque peu détournées. En effet, insidieusement, lorsque je lui ai demandé quel impact ont eu sa peur et cette agression sur la prise en charge de ses autres patients, elle m'explique qu'elle a été mise en arrêt de travail par les médecins du service mais ne répond pas à ma question : a-t-elle voulu détourner ma question ou bien l'a-t-elle mal comprise sachant que je ne faisais pas forcément référence à ses autres patients sur cette journée précise mais tous les autres patients qu'elle a pu prendre en charge depuis son agression ?

Essayant de revenir sur le sujet de la qualité des soins, je lui ai alors demandé si cette agression avait changé sa façon de soigner, de prendre soin, et durant toute sa

réponse elle emploie le pronom « on » excepté la dernière phrase où elle reprend le « je »: peut-on en conclure que, encore une fois, elle semble ne pas vouloir s'impliquer directement dans sa réponse, comme lorsque je lui demande si elle se sent capable de gérer à nouveau ce genre de situation, si cela venait à se reproduire, et qu'elle me demande « *vous voulez dire toute seule ou en général ?* » (l.100) (En supposant que le terme « général » voudrait dire « en équipe »).

A cette question, sa réponse a été le contraire de l'idée que Walter Hesbeen veut nous faire comprendre à travers son livre : pour cette infirmière, la relation avec le patient pourrait être altérée par un nombre important de patients à prendre en charge. Cependant, pour W. Hesbeen, le plus important serait « d'être relationnel » plutôt que « de faire du relationnel », la dimension relationnelle n'était pas complémentaire des soins mais l'essence même. Ainsi, cela nous montre que la notion de « faire du relationnel » est bien répandue dans les mœurs et que la dimension relationnelle n'est toujours pas considérée aux yeux des soignants comme « la base » de tout soin.

Enfin, lorsqu'elle explique que ce patient ne voulait pas parler aux femmes et qu'elle a été ensuite la seule personne agressée, nous pourrions nous demander pourquoi, dans le but de fournir des soins de qualité et dans l'intérêt de tous, il n'aurait pas été judicieux de passer la main à un collègue masculin qui aurait peut-être mieux calmé le patient dans son agressivité ?

3. Synthèse, limites et apports

La première remarque que je peux faire et qui m'a beaucoup interpellée est la volonté de coopérer de certains services d'urgences que j'ai appelé pour trouver le professionnel pouvant répondre à mon entretien. En effet, dès lors que j'exposais le thème de mon mémoire aux cadres de santé, certains m'ont directement répondu que non, qu'ils n'avaient personne pouvant me convenir, très froidement, comme si mon thème « dérangeait », et particulièrement dans les hôpitaux de Marseille : cela montre t'il qu'il y a réellement un certain tabou autour du sujet de la violence à l'hôpital ?

Durant cet entretien, l'atmosphère était très pesante, j'ai senti cette soignante très mal à l'aise ce qui m'a fait me sentir moi-même mal à l'aise. Je pensais pourtant que nous serions plus en confiance, je lui avais expliqué les thèmes de mon entretien et le but de celui-ci la veille, lorsque nous avons convenu notre rendez-vous au téléphone. Ainsi, je pensais qu'elle ne serait pas surprise par mes questions et que nous serions plus en confiance, je ne cherchais absolument pas à créer un sentiment de gêne, au contraire.

De plus, avant l'entretien, elle m'avait posé quelques questions sur le « pourquoi » de mon sujet, je lui avais donc exposé ma situation interpellante, pensant qu'elle serait à l'aise par le fait que j'avais été confrontée, moi aussi, à un fait de violence venant d'un patient. Cependant, une fois l'enregistrement de l'entretien coupé, elle a tenu à ce que je lui explique ma situation plus en détails, comme si elle ressentait le besoin d'en savoir plus sur mon vécu par rapport à cet évènement.

Au regard de cet entretien, je pense que pour certaines questions, il aurait fallu que je demande plus de précisions comme savoir ce que sa consultation à la cellule d'urgence médico-psychologique lui a apporté puisqu'il s'agit de l'unique « suivi » dont elle a pu bénéficier, de même pour la formation qu'elle a suivie, savoir quel était le contenu de celle-ci.

Cet entretien a été très riche, par ses propos et par ses « non-dits » qui m'ont permis d'analyser le vécu difficile de cette soignante. Il semblerait que nous retrouvons plusieurs éléments faisant référence au cadre conceptuel, le tabou de la violence, de la peur, les réactions post traumatiques du soignants victimes de violence de la part d'un patient, les représentations sur ce qu'est un soin de qualité, sur la violence.

Analyse Critique

Il est assez difficile de réaliser une analyse critique de notre travail alors même que nous venons de le terminer, n'ayant pas pu encore prendre de la distance par rapport à celui-ci. Cependant, je tenterai de mettre en évidence ce qui, selon moi, aurait pu être plus développé ou ce que j'aurais souhaité faire différemment.

Partie I :

Pour cette partie traitant de notre cheminement de notre situation d'appel à notre problématique, j'aurais peut-être dû pousser mon questionnement profane plus loin afin d'en faire ressortir plus d'éléments. De même, j'aurais pu développer avec plus de précision ma démarche de problématisation.

Partie II :

Dans mon cadre conceptuel, j'ai eu beaucoup de difficultés à trouver des documents sur la définition de la qualité des soins, il existe un nombre important de documents sur l'évaluation de la qualité des soins, notamment grâce à l'accréditation qui est un sujet très traité, mais je n'ai pu trouver un auteur à confronter avec le point de vue de Walter Hesbeen.

Partie III :

En ce qui concerne mon enquête de terrain, je regrette de ne pas avoir posé certaines questions qui auraient pu m'aider à mieux comprendre l'intérêt, par exemple, des formations proposées aux soignants sur le thème de la violence, ainsi que les bénéfices qui ont été observés suite à un suivi psychologique post-traumatisme.

Cependant, j'aurais peut-être dû parfois laisser le temps à cette infirmière de plus réfléchir à ses réponses, à ne pas forcément enchaîner tout de suite avec d'autres questions.

Conclusion

La réalisation de ce mémoire a été pour moi d'un grand enrichissement. Ayant eu du mal à cerner la piste vers laquelle j'allais me lancer au premier abord, j'ai finalement réussi à trouver un sujet qui me tenait à cœur, de par son côté universel, peu abordé finalement dans les services, les instituts de formation en soins infirmiers et qui pourtant, à mes yeux, est nécessaire d'être touché du doigt : la peur du soignant face au patient violent.

J'ai pu, tout d'abord, découvrir que des études étaient faites sur ces faits de violence, mais aussi entrevoir les moyens mis à disposition des soignants afin qu'ils puissent transmettre ces déclarations dans le but d'améliorer la prévention de la violence hospitalière.

Ensuite, j'ai abordé des thèmes plus sensibles comme la prise en charge parfois difficile de soignants victimes, la corrélation qui est faite entre violence et psychiatrie, bien souvent à tort, qui m'a permis ensuite de déboucher sur les émotions comprenant la peur, un sentiment très déstabilisant pouvant corrompre la qualité des soins, dernier concept que j'ai choisi d'aborder, selon le célèbre Walter Hesse qui explique comment la définir, par quels critères et ce qu'elle implique.

L'entretien que j'ai pu réaliser auprès d'une infirmière victime d'un acte de violence physique de la part d'un patient a pu m'aider à comprendre, concrètement, les idées que j'avais pu mettre en évidence dans mon cadre conceptuel par mes lectures : de trop nombreuses idées reçues existent sur la violence, la qualité des soins, mais aussi, et surtout, que la peur semble être un réel tabou bien présent dans nos établissements de santé dont les conséquences peuvent être très destructrices pour les personnes qui la ressentent.

Ainsi, en reprenant la problématique que j'avais élaboré en début du mémoire :

En quoi la peur ressentie par un soignant vis-à-vis d'un patient violent ou potentiellement violent peut-elle avoir une incidence sur la qualité des soins ?, nous ne pouvons donner de réponse exacte à cette question, de par la multitude des facteurs qui rentrent en jeu dans cette qualité des soins, bien que certains points semblent plus évidents que d'autres comme la dimension relationnelle avec le patient.

Ces travaux m'ont donné l'envie de participer, dans le cadre de mes futures fonctions, à des formations portant sur la gestion des émotions et la prise en charge de la violence, ce qui devrait, selon moi, déjà être abordé pendant notre formation initiale.

Bibliographie

Livres

- DE BONIS (Monique) – Domestiquer les émotions – Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2006, 205 pages.
- ESTRYN-BEHAR (Madeleine) – Stress et souffrance des soignants à l'hôpital – Paris, Éditions Estem, 1997, 245 pages.
- GBÉZO (Bernard E.) – Les soignants face à la violence – Paris, Éditions Lamarre, 2011, 2^{ème} Édition, 201 pages.
- HESBEEN (Walter) – La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante – Paris, Édition Masson, 1998, 207 pages.
- LE GAIL (André) – L'anxiété et l'angoisse – Paris, Presse Universitaire de France, 1980, 2^{ème} Édition, 122 pages.
- LEGERON (Patrick) – Le stress au travail – Paris, Odile Jacob poche, 2003, 380 pages.
- MICHEL (Michel), THIRION (Jean-François) – Faire face à la violence dans les institutions de santé – Gestion des risques et de la qualité – Paris, Édition Lamarre, 2004, 238 pages.
- RISPAIL (Dominique) – Mieux se connaître pour mieux soigner : une approche du développement personnel en soins infirmiers – Paris, Édition Masson, 2002, 153 pages.
- STEINER (Claude) et PERRY (Paul) – L'A.B.C des émotions – Paris, InterEditions, 2005, 2^{ème} Édition, 263 pages.

Articles

- BROWNE (Gérard) – L'expérience de l'AP-HP – *Gestions Hospitalières n°483*, Février 2009, p. 26, 127.
- COLLECTIF – La violence à l'hôpital – *La revue de l'infirmière n°165*, Novembre 2010, p.17 à 30.
- COLLECTIF – Peur, Force ou Faiblesse – *Soins Psychiatrie n°92-93*, Juin/juillet 1988, p.3 à 34.
- COLLECTIF – Violence et Soins – Dossier – *Soins n°715*, Mai 2007, p.29 à 54.
- GUERRIERI (Fabienne) – A propos des violences à l'hôpital – *Les cahiers hospitaliers n°279*, Juin 2011, p.34 à 36.
- NUGIER (Armelle) – Histoire et grands courants de recherche sur les émotions – *Revue électronique de Psychologie Sociale n°4*, 2009, p.8 à 14. Disponible à l'adresse suivante : <<http://RePS.psychologie-sociale.org>>
- THOMAS (Marjorie) – La violence et la peur – *Soins Psychiatrie n°256*, Mai/Juin 2008, p.42 à 46.

Internet

- www.sante.gouv.fr
- www.who.int

Annexes

Annexe 1

Guide de l'entretien

- Quel type de violence avez-vous subi? (Verbale, physique, autre...)
- Quel type de ressenti aviez-vous vis à vis de ce patient avant l'agression? (relation de confiance, comportement de méfiance, appréhension, sympathie, etc...)
- Quels ont été les signes qui vous ont fait penser que ce patient pouvait peut être devenir violent? Comment avez-vous réagi vis à vis de ces signes?
- Quels sont les émotions que vous avez pu ressentir à ce moment-là?
- Quand avez-vous signalé cet acte? A qui en avez-vous parlé?
- Connaissez-vous l'outil de déclaration proposé par l'observatoire national des violences en milieu de santé? Savez-vous ce qui existe comme dispositif dans votre établissement en cas de violence sur le personnel
- Avez-vous bénéficié, suite à votre agression, d'un suivi psychologique ? Si oui, était-il proposé par l'établissement où vous avez subi cette agression ou bien êtes-vous allé consulter vous-même un spécialiste, par votre propre initiative?
- Quel impact l'agression que vous avez vécue et la peur ressentie ont-elles eu sur votre prise en charge de vos autres patients?
- Pensez-vous que cette agression a changé votre façon de soigner, de prendre soin?
- Pensez-vous que cela aurait pu être évité et si oui comment?
- Pensez-vous que, si vous étiez de nouveau confrontée à ce genre de patient/de situation, vous seriez en mesure de le/la gérer?
- La peur est-elle présente aujourd'hui encore dans votre quotidien professionnel et si oui dans quelles situations, à quels moments?

Annexe 2

Dispositif de signalement à usage interne en cas de violence au CHU de St Etienne

(Accessible via Intranet)

The screenshot shows the intranet interface of the CHU de Saint-Etienne. The top navigation bar includes 'Contactez-nous', 'Plan du site', a search bar, and 'Recherche'. Below the navigation bar is a banner image showing medical staff in a clinical setting. The main content area is titled 'Le CHU - Groupes de travail' and features a link for 'Fiche de signalement des situations de violence (07/09/2012)'. The page is divided into several sections: 'Fiche de signalement des situations de violence', 'Cette déclaration à usage interne a pour but:', 'Cette fiche ne se substitue pas à une déclaration d'accident du travail.', 'Mode d'emploi', and 'Téléchargez la fiche de signalement des situations de violence'. A large red prohibition sign with the word 'VIOLENCE' is prominently displayed on the right side of the page. The left sidebar contains a navigation menu with categories such as 'LE CHU', 'PERSONNELS', 'QUALITÉ - RISQUES', 'INFOS SERVICES', 'BASES DE DONNÉES', and 'PATIENTS'. The bottom right corner of the page has a 'Haut' button with an upward arrow.

LE CHU

- Administration - Gestion
- Annuaire et plans
- Commissions - Comités
- Groupes de travail
- Pôles d'activités
- Projet d'établissement
- Recherche
- Structure UF / SR / Pôles
- Réseaux - Partenariats

PERSONNELS

- DAMR - DRHRS - DSIRMT
- Formation - Documentation
- Notes de service
- Recrutement
- Règlement - Statuts
- Social - Aides - Mutuelles

QUALITÉ - RISQUES

- Certification
- Indicateurs Qualité
- Gestion documentaire
- Gestion Risques - Vigilances
- Plans d'urgences

INFOS SERVICES

- Activité médicale - CCAM
- Administratifs
- Biomédical et techniques
- Hôteliers
- Imagerie
- Services de Soins
- Transports

BASES DE DONNÉES

- Bases médicamenteuses
- Dispositifs Médicaux Stériles
- Laboratoires
- Pharmacie - Stérilisation
- Système d'Information

PATIENTS

- Chartes
- Dossier Patient
- Écoute des Usagers
- Livrets d'accueil
- Soins

ACCÈS AUX FAVORIS

Le CHU - Groupes de travail
Fiche de signalement des situations de violence (07/09/2012)

→ **Fiche de signalement des situations de violence**

Cette fiche permet à tout agent ayant subi une situation de violence (verbale, physique, morale...) de signaler cet incident ou accident auprès de la direction dont il dépend, et du Groupe de Pilotage de Prévention de la Violence et du Harcèlement (GPPVH).

Cette déclaration à usage interne a pour but :

- de prendre en considération les conditions de travail des agents,
- d'améliorer la prévention des situations de violence,
- de recenser tous les incidents, agressions et situations de violence subis par les agents hospitaliers au cours de l'exercice de leurs fonctions,
- de permettre une exploitation et une analyse ultérieures des déclarations établies.

Cette fiche ne se substitue pas à une déclaration d'accident du travail.

Remplir ce document est une démarche entièrement libre, mais le signalement d'une situation de violence est avant tout un acte professionnel qui vise un objectif d'amélioration des conditions de travail et qui s'inscrit pleinement dans la démarche de gestion des risques professionnels développée au CHU.

Dans tous les cas, toute situation de violence doit être portée à connaissance du cadre et/ou du chef de service afin d'essayer d'apporter une solution immédiate à la situation rencontrée.

Mode d'emploi

- soit remplir en ligne** cette fiche, l'imprimer, **faire 2 copies : l'une à envoyer à votre Direction, l'autre à envoyer à votre médecin du travail. L'original sera à porter à connaissance du cadre de votre service et à conserver,**
- soit imprimer la fiche vierge**, la rédiger manuellement, **faire 2 copies : l'une à envoyer à votre Direction, l'autre à envoyer à votre médecin du travail. L'original sera à porter à connaissance du cadre de votre service et à conserver.**

[Téléchargez la fiche de signalement des situations de violence](#)

VIOLENCE

→ Accueil GPPVH
→ Instance de pilotage
→ Référents violence
→ Fiche de signalement des situations de violence

Haut ↑

Annexe 3

Fiche de déclaration de faits de violence Au CHU de St Etienne

htl

41

Fiche de déclaration de situation de violence

VICTIME

Nom Prénom :

Age :

Grade :

Service d'affectation :

Numéro de poste :

Ancienneté dans le service :

AUTEUR DE L'AGRESSION

Hospitalisé Consultant Famille Accompagnant Autre

Identification précise de l'agresseur (étiquette patient après avis du chef de service et/ou médecin ou nom et coordonnées si agresseur extérieur) :

AGRESSION

Date de l'agression :

Heure :

Lieu précis :

Physique Verbale Nature et siège des lésions :

Descriptif précis de l'agression :

Etiez-vous seul(e) ? Oui Non

Avez-vous pu appeler quelqu'un ? Oui Non

Si oui, qui ? Collègue Médecin Cadre Autres (à préciser) :

* En avez-vous parlé dans le service ? Oui Non

Si oui, qui ? Equipe Médecin Cadre

* Cet événement fait-il l'objet d'une déclaration d'accident du travail ? Oui Non

* Avez-vous l'intention de déposer une plainte (commissariat, gendarmerie) ? Oui Non
En cas de dépôt de plainte, adresser une copie de celle-ci à la direction du site.

* Dans ce cas, accepteriez-vous que la direction fasse un signalement au procureur si nécessaire ? Oui Non

Quelles suites ont été données dans votre service :

Suggestions :

Date de déclaration :

Signature du déclarant :