



1

Quand la posture infirmière a un impact sur la relation soignant-soigné face à un patient violent aux urgences

¹ TELE.QUEBEC. (2019). *Une violence non dénoncée*. <http://fautenparler.telequebec.tv/emissions/des-soins-aux-poings/violence-non-denoncee>

Remerciements

Je tiens à remercier ma guidante de mémoire Madame Marianne VERLAC qui m'a accompagnée durant cette année. Merci pour votre bienveillance et votre disponibilité. Vos précieux conseils m'ont guidé durant toute la rédaction de ce mémoire.

Merci à Monsieur Frédéric BANNEROT pour votre réceptivité. Vos conseils m'ont aidé à construire ce travail de fin d'études. Vous m'avez été d'un soutien sans faille.

Merci à tous les infirmiers que j'ai pu rencontrer durant mon cursus. Vous avez contribué à la construction de mon identité professionnelle. Merci plus particulièrement aux infirmiers avec lesquels j'ai pu effectuer mes différents entretiens. Vous vous êtes toujours montré disponibles et à mon écoute malgré la crise sanitaire actuelle.

Merci à ma famille et à mes proches pour m'avoir apporté votre aide pendant de nombreux mois. Sans votre compréhension et soutien, rien n'aurait été possible.

Enfin un grand merci à mes camarades de promotion pour m'avoir épaulé durant l'écriture de ce mémoire. Vos remarques et conseils m'ont aidé à le mener à terme.

Sommaire

Le glossaire	1
1. Une récurrence durant mes stages : la violence des patients envers les infirmiers	2
2. Mes observations	2
3. Les interrogations autour de cette situation	4
4. La méthodologie	4
4.1 Les lectures.....	4
4.2 L'entretien exploratoire.....	5
4.3 L'analyse de l'entretien exploratoire.....	5
4.4 La confrontation entre les lectures et l'entretien exploratoire.....	6
5. Ma question de recherche	6
6. Les concepts	6
6.1 La violence et l'agressivité.....	7
6.1.a Définition.....	7
6.1.b Les formes de violence.....	7
6.1.c Les facteurs et les causes de violence.....	8
6.1.d La violence à l'hôpital et le service des urgences.....	8
6.1.e Les conséquences de la violence.....	9
6.2 La relation soignant-soigné.....	9
6.2.a Définition.....	9
6.2.b Focus sur la communication.....	10
6.2.c La notion de rôle et de représentations.....	10
6.3 La posture professionnelle infirmière.....	10
6.3.a Définition du terme posture professionnelle.....	10
6.3.b Définition du terme infirmier.....	11
6.3.c Les facteurs influençant la posture professionnelle.....	11
6.3.d La posture professionnelle infirmière et la notion de compétences.....	11
6.3.e L'impact de la posture professionnelle infirmière (au travers de la notion de compétences) sur la relation soignant-soigné face à un patient violent.....	13
7. La méthodologie pour la suite du travail	13
7.1 Les nouvelles lectures.....	13
7.2 Les entretiens semi-directifs.....	13
7.2.a Les objectifs des entretiens semi-directifs.....	13
7.2.b L'argumentation du choix des professionnels pour les entretiens semi-directifs.....	14
8. Les résultats des entretiens semi-directifs	14
8.1 Présentation.....	15
8.2 Généralités sur la violence.....	15
8.3 Vécu et posture professionnelle infirmière face à la violence.....	16
9. L'analyse ou discussion de ces résultats	18
9.1 La violence à l'hôpital demeure très présente.....	18
9.1.a Les urgences, un service où la violence est particulièrement visible.....	18
9.1.b Les formes de violence les plus présentes aux urgences.....	19
9.1.c Les causes principales de violence aux urgences.....	19
9.1.d Les conséquences de la violence aux urgences.....	20
9.2 Les ressentis infirmiers face à la violence d'un patient.....	20
9.3 L'impact de la posture infirmière au travers de la notion de compétences.....	20

9.3.a La posture professionnelle infirmière « adaptée » face à un patient violent	20
9.3.b L'objectif de l'adoption de leur posture pour les infirmiers	21
9.3.c La posture professionnelle infirmière « inadaptée » face à un patient violent	21
9.4 L'impact de la posture professionnelle infirmière sur la relation soignant-soigné ..	22
10.Les limites.....	23
11.La conclusion et l'hypothèse	23
Les ressources documentaires	25
1.La bibliographie	25
1.a Les ouvrages.....	25
2.La sitographie	25
2.a Les articles.....	25
2.b Les rapports	26
2.c Les textes législatifs	26
2.d La photographie	26
<u>Annexes</u>	I
<u>Annexe I : L'analyse des entretiens semi-directifs</u>	II
<u>Résumé</u>	VII

Le glossaire

- CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences
- CSP : Code de la Santé Publique
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- IOA : Infirmier Organisateur de l'Accueil
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

1. Une récurrence durant mes stages : la violence des patients envers les infirmiers

Durant ma formation, j'ai pu être témoin à plusieurs reprises de situations de violence de patients envers des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE).

La fréquence de ces incidents et le fait qu'ils surviennent dans n'importe quel service de soins m'a interpellé.

Lorsque que j'ai été confrontée à ce genre de situations, j'ai pu constater que la relation soignant-soigné était soit dégradée soit préservée (relation qualitative) en fonction de la posture des IDE.

Je me suis donc questionnée sur l'impact potentiel que peut avoir la posture infirmière sur la relation soignant-soigné face à des patients violents.

Mener cette réflexion va me permettre de comprendre comment et pourquoi la posture qu'adopte un IDE peut avoir un impact sur la relation soignant-soigné face à un patient violent aux urgences.

2. Mes observations

La situation que je vais décrire s'est déroulée lors de mon stage de troisième année au semestre cinq aux urgences adultes.

Le lundi après-midi lors de ma troisième semaine de stage, je prends en charge Madame C. 25 ans, qui est entrée pour céphalées persistantes depuis deux jours.

Elle est venue aux urgences, accompagnée par son conjoint qui est sa personne de confiance. Elle s'est présentée dans le service la semaine passée pour les mêmes symptômes.

Lors de l'entretien d'accueil réalisé par l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA), la patiente semble calme. Elle est orientée vers le secteur de médecine.

Je suis la deuxième personne à la prendre en charge. Le médecin est passé la voir préalablement.

Je suis avec l'IDE du secteur dans le bureau de soins. Nous échangeons des informations sur les soins à réaliser.

Ayant une prescription à mettre en œuvre, je décide d'aller voir la patiente une heure après son arrivée. Avant d'entrer dans le box, j'observe que Madame C paraît agacée.

Elle souffle, a le visage crispé et regarde à plusieurs reprises ce que nous faisons.

Je décide d'entrer dans le box pour effectuer mes soins et comprendre ce qu'il se passe.

Je m'approche d'elle afin de la rassurer, quand soudainement elle devient agressive.

Elle adopte un ton agressif : *« je connais vos traitements, vous êtes tous incompetents et vous encore plus, vous êtes des bons à rien, on attend une heure alors que vous êtes tous à ne rien faire, à rigoler dans vos bureaux plutôt que de nous soigner... »*.

Surprise, ne comprenant pas sa réaction, je tente de lui expliquer la raison de ma présence et mes intentions de façon calme, malgré un sentiment de crainte.

Elle, n'écoutant pas mes explications, continue à maintenir un ton agressif et à hausser la voix.

Ne sachant pas comment me comporter face à cette situation, ayant peur, je décide de sortir du box et d'aller prévenir l'IDE.

Elle est arrivée dans le service il y a trois semaines. Elle ne connaissait pas l'établissement auparavant.

Le service commençant à accueillir beaucoup de patients selon elle, l'IDE me précise qu'elle va aller voir la patiente dès que possible car nous avons beaucoup de prescriptions en attente.

Une fois dans le box, l'IDE lui pose des questions brièvement afin que nous puissions lui administrer le traitement. La patiente les esquivé.

Elle lui explique que les urgences sont un lieu de soins, que nous sommes là pour la soulager.

Afin de la rassurer, elle lui touche le bras en lui disant « *c'est bon, est-ce que je peux vous poser le traitement ?* ».

L'IDE semble impatiente, elle paraît vouloir résoudre la situation rapidement.

Cependant, celle-ci s'envenime. La patiente adopte une attitude plus violente en nous reprochant de ne pas prendre suffisamment de temps pour lui expliquer et réaliser les soins.

Elle « accuse » l'IDE « *d'être trop rapide alors qu'auparavant elle nous aurait vu rigoler et ne rien faire...* ». Elle commence à lever la main.

L'IDE, prise de panique, lui attrape le bras puis s'écarte.

Suite à cet événement, nous décidons de sortir du box et d'avertir la médiation sécurité qui explique à la patiente le fonctionnement des urgences.

Pendant ce temps, nous allons prévenir le médecin.

Etant trop nombreux dans le box, nous décidons de ne pas assister à l'entretien.

Pendant celui-ci, le praticien tente de comprendre les causes de la violence et de l'agressivité de Madame C.

La patiente affirme au médecin « *qu'être aux urgences l'agace, on lui propose de nouveau les mêmes actes que la fois précédente, elle trouve inadmissible le fait que nous soyons dans un bureau à rigoler alors que des patients souffrent en attendant, que l'infirmière est trop rapide pendant les soins, qu'elle ne prend pas le temps avec les patients...* ».

Le médecin rassure la patiente en lui expliquant « *que les soignants sont présents pour l'aider et qu'ils vont essayer de la soulager le plus rapidement possible. Il lui réexplique les soins envisagés, l'organisation et le fonctionnement des urgences* ».

Suite à ces explications, la patiente accepte que nous la prenions en charge. Elle semble apaisée.

Ayant peur de réaliser le soin, l'IDE l'effectue à ma place.

La relation avec la patiente se dégrade. Elle lui parle peu et effectue le soin rapidement (regard fuyant, quasi absence de dialogue).

Une fois sortie du box, l'IDE me réconforte et me précise qu'elle est à mon écoute. Elle m'indique qu'elle a déjà été confrontée à la violence des patients dans son ancien service (médecine interne). Toutefois, elle n'a pas reçu de formation spécifique sur ce sujet.

Au final, la patiente sort de l'hôpital trois heures après son arrivée avec une ordonnance.

3. Les interrogations autour de cette situation

Face à cette situation, je me suis posée différentes questions :

- Pourquoi la patiente s'est-elle montrée agressive et violente ?
- Est-ce que le fait que la patiente se trouve aux urgences facilite l'apparition de violence ?
- Quels sont les facteurs et les causes potentiels de violence ?
- Quelles peuvent en être les conséquences ?
- Est-ce que la posture de l'infirmière peut jouer un rôle dans l'exacerbation de la violence ?
- Est-ce que ma posture et celle de l'infirmière ont eu un impact sur la relation soignant-soigné ?
- A-t-on eu une posture adaptée avec cette patiente ?
- Pourquoi l'infirmière a-t-elle agi ainsi ?
- Est-ce que la posture qu'adopte une infirmière peut engendrer une modification de la relation soignant-soigné face à ce genre de situation ?
- Comment maintenir une relation soignant-soigné de qualité face à un patient violent ?
- Qu'indiquent les recommandations de bonnes pratiques face à ce type de situation ?

4. La méthodologie

4.1 Les lectures

J'ai choisi de prendre comme ouvrage de référence *La relation soignant-soigné* de A. MANOUKIAN. Il a été écrit en collaboration avec A. MASSEBEUF.

A. MASSEBEUF est titulaire d'un diplôme d'état d'éducatrice spécialisée et de psychologie clinique. Elle est formatrice dans le domaine sanitaire.

A. MANOUKIAN est titulaire d'un diplôme d'état de psychologie clinique. Il est psychothérapeute et formateur en milieu hospitalier.

Le choix de cet auteur de référence me paraît cohérent parce qu'il aborde tous les concepts que je souhaite étudier². Son livre traite de la relation soignant-soigné dans des situations particulières et notamment en cas de violence. La posture soignante est également abordée à maintes reprises.

Ensuite, j'ai lu différents ouvrages tels que : *La violence aux urgences : une triste réalité ?* R. FERRARI, *Les soignants face à la violence* E. GBEZO, *La violence à l'hôpital* M. MICHEL & C. SIONNET & J. THIRION, *Rapport 2019 données 2018* issu de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS).

Ils m'ont permis d'approfondir mes connaissances sur les urgences, les causes potentielles de violence, la posture infirmière, le maintien d'une relation soignant-soigné de qualité qui peut être complexe à préserver face à des patients violents.

Ces lectures m'ont également apporté des précisions sur la différence entre l'agressivité et la violence. La notion de rôle a été abordée durant l'une de mes lectures, cela semble important à comprendre. Pour finir, la notion de compétences au travers du savoir, du savoir-faire et du savoir-être est apparue à maintes reprises. C'est une piste que je n'avais pas envisagée initialement.

² Cf 6. Les concepts

4.2 L'entretien exploratoire

J'ai choisi d'effectuer mon entretien exploratoire avec Monsieur X, cadre de santé qui a travaillé aux urgences. Par ailleurs, il dispense des formations aux étudiants et aux professionnels de santé sur la violence.

J'ai fait le choix d'interviewer ce professionnel de santé car, selon moi, c'est un expert sur le sujet de par ses formations et son expertise sur le terrain. Il est très investi sur ce thème.

Avant d'aller réaliser cet entretien exploratoire, j'ai préparé une liste de questions (ouverte et de relances) ainsi que des objectifs à atteindre pour le mener à bien.

Nous allons les étudier sous forme de tableau.

Questions	Objectifs
Question ouverte	Le but étant de vérifier que :
Que pouvez-vous me dire de la violence des patients envers les infirmières aux urgences ?	➔ Mon sujet soit une problématique infirmière, qu'il ait un intérêt professionnel.
Questions de relances	➔ Ma question de départ soit réaliste, et réalisable.
Comment prévenir la violence et ses effets délétères ?	➔ Mon sujet soit bien cerné.
Que pouvez-vous me dire de la posture infirmière face à des patients violents aux urgences ?	➔ Ma thématique et ma question de départ soient pertinentes. ➔ Mon sujet soit transférable.

L'entretien a été enregistré, retranscrit puis analysé.

4.3 L'analyse de l'entretien exploratoire

Réaliser cet entretien m'a permis de mieux cerner la notion de violence et de contexte associé aux urgences.

Monsieur X m'a ainsi apporté des connaissances générales sur la violence aux urgences (étiologies possibles, fonctionnement...).

Ensuite, il m'a confirmé que la violence des patients envers les infirmiers a des conséquences sur les soins et notamment sur la relation soignant-soigné.

Selon lui, c'est l'une des conséquences majeures.

Il a complété mes connaissances sur la notion de rôle infirmier dans la relation soignant-soigné face à des patients violents. Les patients attendraient des infirmiers un rôle et inversement. Par exemple, les patients attendraient des infirmiers qu'ils les soulagent et les infirmiers attendraient d'eux qu'ils soient de « bons patients » et de pouvoir les soigner.

Il m'a indiqué par la suite, que la posture qu'adopte un infirmier peut avoir un impact sur la relation soignant-soigné et sur la qualité des soins face à un patient violent.

A la fin de cet entretien, Monsieur X m'a communiqué de nouvelles informations quant aux aspects que nous pouvions maîtriser sur la relation soignant-soigné face à des patients violents : les aspects contextuels, et d'autres, que nous ne pouvions pas, les aspects non contextuels. Il a ainsi abordé la notion de capacités. Celles-ci permettraient aux infirmiers d'adopter une posture « adaptée ».

Grâce à cet entretien, j'ai pu éclaircir différents éléments qui me paraissaient encore flous et conforter la validité de ma question de départ. J'ai également pu redécouvrir et approfondir les notions de rôles et de capacités liés à la posture infirmière.

4.4 La confrontation entre les lectures et l'entretien exploratoire

Les lectures et l'entretien que j'ai réalisés ont été enrichissants.

La majorité des éléments que j'ai recueillis coïncident entre eux.

Il en ressort que :

- ➔ Les urgences sont un lieu propice à la violence : il y a un contexte. C'est l'un des services qui y serait le plus confronté.
- ➔ La violence a des conséquences notables. Elle impacte la qualité des soins mais aussi la relation soignant-soigné. Ainsi, avoir une relation de qualité avec un patient violent ou agressif semble être parfois complexe pour les infirmiers. Cette notion est apparue à maintes reprises.
- ➔ La posture infirmière semble ainsi avoir un impact sur la relation soignant-soigné face à des patients violents. Cette notion a été évoquée à de multiples reprises et notamment lors de mon entretien.
- ➔ La notion de rôle semble nécessaire à comprendre selon Monsieur X et une de mes lectures.
- ➔ La notion de compétence semble également importante d'après l'entretien exploratoire et les différents ouvrages que j'ai pu lire.

Le fait de confronter ces différentes données m'a permis de confirmer ma question de départ. En effet, il en ressort que la posture infirmière a un impact sur la relation soignant-soigné face à des patients violents aux urgences.

Ma problématique semble donc cohérente vis-à-vis des différents éléments recueillis.

5. Ma question de recherche

Suite à mes lectures et à l'entretien exploratoire que j'ai réalisé, j'ai décidé de « confirmer » ma question de départ et de m'interroger sur la posture professionnelle infirmière et son impact potentiel sur la relation soignant-soigné face à des patients violents aux urgences.

Ma question de recherche est donc :

En quoi la posture de l'infirmière peut-elle avoir un impact sur la relation soignant-soigné face à un patient commettant des actes de violence aux urgences ?

6. Les concepts

Suite à ma question de départ, j'ai donc décidé d'aborder trois concepts : la violence et l'agressivité, la relation soignant-soigné et la posture professionnelle infirmière.

J'ai choisi d'aborder ceux-ci car ce sont les trois éléments les plus importants de ma situation. Ils ont été évoqués fréquemment lors de mon entretien exploratoire et de mes lectures.

6.1 La violence et l'agressivité

6.1.a Définition

Nous distinguerons les notions d'agressivité et de violence dans le but de les clarifier.

➤ L'agressivité

L'agressivité se définit comme le : « *Caractère d'expression violente d'une personne envers elle-même ou envers d'autres individus. Le comportement social de l'agresseur interfère avec l'harmonie d'autrui, impliquant une adaptation immédiate.* » selon C.PAILLARD³, docteur en sciences du langage.

L'agressivité peut donc se caractériser comme une pulsion ou un instinct....

Elle peut se manifester sous différentes formes : insultes, ironie, irritabilité, etc....

➤ La violence

La violence peut être décrite selon C. PAILLARD⁴ comme « *Une attitude de protection sans désir de nuire, une réponse automatique contre l'angoisse de destruction* ».

Toutefois , selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ⁵, elle correspond également à « *L'utilisation intentionnelle de la force physique, de menace à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.* ».

Ces deux définitions sont complémentaires. C'est pourquoi nous les retiendrons.

La violence implique donc la mise en œuvre d'une action. Elle a un côté objectif a contrario de l'agressivité qui elle est subjective.

6.1.b Les formes de violence

E.GBEZO⁶ docteur en psychologie sociale, chercheur et formateur sur la violence a défini quatre formes de violences. Il a écrit de nombreux ouvrages sur cette thématique. Les formes de violence qu'il a décrites sont celles que nous allons étudier.

- ➔ La violence verbale se définit comme le fait de nuire de manière orale à quelqu'un. C'est le cas par exemple lorsque nous proférons des injures, que nous exerçons du chantage, des intimidations ou lorsque nous tenons des propos discriminatoires envers un individu.
- ➔ La violence physique correspond au fait d'attenter au physique d'une personne. Cela peut se caractériser par des coups, des gifles, un étranglement....
- ➔ La violence psychologique est le fait d'employer des mots, de réaliser des actes qui ont pour but de contrôler ou d'atteindre une personne. Ces paroles peuvent occasionner chez la victime une atteinte à son psychisme et/ou à sa décence. Par exemple, c'est le cas des brimades, des remarques incessantes non justifiées....
- ➔ La violence sexuelle se caractérise par des attitudes, des actes ou des propos qui ont pour but de contraindre une personne à avoir une activité sexuelle non consentie. Cela peut se traduire par une agression, des attouchements

³ PAILLARD, C. (2018). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. France. Setes. Pages 17

⁴ Ibid., p. 458

⁵ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2020). *Violence*. <https://who.int/topics/violence/fr/>

⁶ GBEZO, E. (2011). *Les soignants face à la violence*. France. Lamarre

6.1.c Les facteurs et les causes de violence

E.GBEZO⁷ propose une classification des facteurs et des causes favorisant la violence. Ils sont regroupés en trois catégories.

- **Liés au soigné :** état mental actuel (angoisse, douleur, incapacité à prévoir le futur, sentiment d'être tenu à l'écart), histoire personnelle du patient, intolérance à la frustration, pathologies psychiatriques, présence d'addictions ou prise ponctuelle de substances (boissons alcoolisées, drogues, médicaments...), personnalité du patient (à dominante agressive ...), prise en charge non conforme à ses attentes....
- **Liés aux soignants :** communication déficiente (information non donnée ou discordante), personnalité du soignant, posture soignante (attitudes, compétences non mises en œuvre, absence ou défaut de formation...).
- **Liés au milieu hospitalier :** durée d'attente, fonctionnement hospitalier (patient généralement dénudé, tenue unique), incompréhension des patients face au fonctionnement des urgences (notion de priorisation...), locaux (manque de place dans les secteurs : présence de « brancard » dans les couloirs...), manque de personnel.

J'ai choisi de prendre cette classification, afin d'avoir une vision étendue des facteurs et des causes potentiels de violence.

6.1.d La violence à l'hôpital et le service des urgences

Actuellement, l'hôpital est un lieu qui est très touché par la violence selon l'ONVS⁸. L'ONVS est un organisme qui collecte les signalements de violence dans le domaine sanitaire. Il établit un rapport annuel.

Au travers de celui-ci, il ressort que certains services sont davantage concernés par la violence, notamment les urgences (2^{ème} service le plus touché après la psychiatrie).

Au niveau national, on observe que « 7 162 signalements ont été réalisés pour des violences physiques et verbales aux urgences »⁹. Parmi ces chiffres, la majorité des violences sont verbales (trois quart des actes).

Les infirmiers sont les professionnels de santé les plus exposés.

➤ Focus sur les urgences

Les urgences sont un service hospitalier qui est ouvert toute l'année et à toute heure selon la Société Française Médicale d'Urgences (SFMU)¹⁰. La SFMU est une société savante qui élabore des articles sur le service des urgences.

Tous les patients peuvent y accéder soit seul, soit à la demande d'un médecin. Ils peuvent s'y rendre par leur propre moyen ou par le biais du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), des pompiers, des ambulances.

Les urgences accueillent tous types de patients : des cas les plus bénins (entorse, contusion...) au plus graves (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...).

⁷ GBEZO, E. (2011). *Les soignants face à la violence*. France. Lamarre

⁸ OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTE. (2019). *Rapport 2019 Données 2018*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2019_donnees_2018.pdf

⁹ OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTE. (2019). *Rapport 2019 Données 2018*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2019_donnees_2018.pdf

¹⁰ SOCIETE FRANCAISE MEDICALE D'URGENCE. (2013). *Qu'est-ce qu'un service d'urgence ?*. <https://www.sfmou.org/fr/public/07>

Les patients sont traités par ordre de gravité et évalués par l'infirmier organisateur des soins, à l'aide d'une grille, par exemple celle de la Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU). Le score issu de cette grille détermine le délai maximum pour prendre en charge le soigné.

Ensuite, ils sont orientés vers un secteur (chirurgie, médecine, urgences vitales...) afin qu'un médecin les ausculte et que les équipes paramédicales effectuent les soins nécessaires.

6.1.e Les conséquences de la violence

Selon l'ONVS¹¹, l'une des conséquences majeures de la violence est son impact sur la relation soignant-soigné et sur la qualité des soins.

La violence peut également provoquer des dommages chez le soignant (blessure physique, revécu de l'évènement...).

Pour finir, elle peut engendrer des répercussions économiques comme celles liées au rachat de matériel cassé par les patients par exemple.

6.2 La relation soignant-soigné

6.2.a Définition

La relation soignant-soigné se définit selon C. PAILLARD¹², comme « Une activité d'échange interpersonnel et interdépendant dans le cadre d'une communication verbale, non verbale (posture, regard, geste, disponibilité). Le soignant intervient en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens, dans le but de faire favoriser un soin, un dialogue mature, une prise de conscience. [...] Pour Alexandre Manoukian⁴⁶, c'est la rencontre entre deux personnes, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires ».

La relation soignant-soigné se déroule nécessairement dans un contexte spécifique : lorsqu'une personne a besoin de soins.

Cette relation est par définition « asymétrique ». Le soignant prodiguant les soins et le soigné les recevant. Toutefois, cette « asymétrie » doit être limitée. Le patient doit être acteur au maximum de sa prise en charge en fonction de ses capacités.

Afin de clarifier cette notion, nous étudierons séparément la notion de soignant et de soigné.

➞ Le soignant

Le mot soignant fait référence à plusieurs professionnels de santé : les médicaux et les paramédicaux.

Le soignant est donc par nature une personne qui prodigue des soins.

Dans le cadre de ce travail, le mot soignant sera représenté par l'infirmier étant donné que c'est le cœur de notre sujet.

➞ Le soigné

Le soigné est une personne qui a besoin de soins pour une durée plus ou moins longue à un moment de son existence.

Dans le cadre de ce mémoire, le terme soigné sera représenté également par le mot « patient ».

¹¹ OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTE. (2019). *Violences en santé synthèse du rapport 2019 de l'ONVS Données 2018*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_onvs_synthese_du_rapport_2019.pdf

¹² PAILLARD, C. *Dictionnaires des concepts en sciences infirmières*.op.cit. Pages 348-349

6.2.b Focus sur la communication

Selon C. PAILLARD¹³, la communication c'est lorsque « *d'un point de vue technique l'émetteur envoie un message au récepteur par un canal de transmission [...]. Le récepteur reçoit et décode le message en s'assurant qu'il utilise le moyen adapté pour cela. Si le récepteur répond, il devient émetteur et c'est ce qu'on appelle le feed-back* ». Dans cette situation l'émetteur et le récepteur sont l'infirmier et le patient.

La communication peut être de plusieurs types :

- Verbale : elle comprend tous les éléments énoncés de manière écrite ou orale (le discours, les dires, les écrits...).
- Non verbale : elle comprend tous les éléments qui ne sont pas exprimés au travers du langage (l'attitude, les mimiques, l'expression du visage, le toucher...).
- Paraverbale : elle correspond à l'ensemble des éléments qui vont « compléter » le langage verbal (tonalité, débit de la voix...).

L'ensemble des notions citées précédemment font partie intégrante de la relation soignant-soigné. Ainsi, il m'a semblé nécessaire de les définir.

6.2.c La notion de rôle et de représentations

La « notion » de rôle dans la relation soignant-soigné est primordiale à comprendre.

Les patients attendraient des infirmiers qu'ils soient bienveillants, qu'ils aient de la technicité, qu'ils les soignent. Ainsi, ils exigeraient que ce soit « de bons soignants ».

Pour les infirmiers, ceux-ci attendraient des soignés qu'ils soient de « bons patients », qu'ils acceptent les soins, qu'ils soient respectueux selon A.VEGA¹⁴, qui est docteur et chercheuse en anthropologie sociale et ethnologie.

Si la situation inverse se produit (« mauvais patients ou infirmiers »), cela peut avoir un impact sur la relation soignant-soigné.

La « notion » de rôle sous-entend donc la présence de représentations.

Les représentations faisant partie intégrante de la posture professionnelle infirmière, nous les étudierons de manière succincte dans la partie 6.3.d (la posture professionnelle infirmière et la notion de compétences).

La violence étant un sujet vaste à traiter, j'ai choisi de ne pas approfondir cette notion (peu d'articles, nombre de pages restreint) afin de me concentrer davantage sur la notion de compétences.

6.3 La posture professionnelle infirmière

6.3.a Définition du terme posture professionnelle

La posture professionnelle selon C. PAILLARD¹⁵, est : « *La place que l'on veut occuper dans la vie professionnelle ; dans une situation donnée. Ce terme englobe un ensemble de connaissances mises en actions (savoir-faire et savoir-être) pour assurer son désir d'efficacité mais aussi pour favoriser un soin basé sur une relation professionnelle avec les individus (...). Savoir où l'on est, ce que l'on fait, pourquoi on le fait, poser sans cesse la question du sens et agir en conséquence*⁹² ».

¹³ PAILLARD, C. *Dictionnaires des concepts en sciences infirmières*.op.cit. Pages 94

¹⁴ VEGA, A. (1997). *Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations sociales*. Pages 115-120 .https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1997_num_15_3_1405

¹⁵ PAILLARD, C. *Dictionnaires des concepts en sciences infirmières*.op.cit. Pages 395-396

La posture professionnelle englobe ainsi différents éléments permettant à l'infirmier de savoir pourquoi et comment se comporter en fonction d'une situation.

6.3.b Définition du terme infirmier

Le terme infirmier est défini selon l'article L4311-1 du Code de la Santé Publique¹⁶ (CSP) : « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.* ».

L'infirmier au sens de cette définition est donc la personne qui réalise différents types de soins. Il agit sur rôle prescrit par exemple pour l'injection d'un anticoagulant, mais également sur rôle propre : soins d'hygiène ou aide au repas...

L'infirmier est donc un acteur clé de la prise en charge du patient.

6.3.c Les facteurs influençant la posture professionnelle

L'adoption d'une posture professionnelle peut être modifiée par différents facteurs selon A.MANOUKIAN¹⁷.

Il ressort que l'état psychologique de l'infirmier, son contexte de travail, ses représentations et son vécu peuvent avoir un impact sur la posture qu'il adoptera.

En effet, la fatigue, le stress, la peur, les soucis personnels, la charge de travail, les représentations et un vécu (négatif) de la situation peuvent favoriser l'adoption d'une posture « inadaptée ».

A contrario, si l'infirmier est dans un « bon » état psychologique, que son contexte de travail, ses représentations et son vécu sont favorables, cela facilitera l'adoption d'une posture « adaptée ».

Ainsi, nous comprenons au travers de ces différents éléments comment la posture professionnelle peut être modifiée.

6.3.d La posture professionnelle infirmière et la notion de compétences

La posture professionnelle infirmière sous-entend la notion de compétences.

Différentes définitions de la compétence professionnelle existent en fonction des auteurs. Toutefois, nous retiendrons celle de H. BOUDREAULT professeur et chercheur en formation professionnelle, car elle est plus appropriée à ma situation.

Ainsi, selon lui « *Nous distinguons la compétence professionnelle comme la conséquence d'un rapport simultané entre le savoir-être, le savoir et le savoir-faire où chacun de ces éléments est relié aux autres et exerce une influence sur les autres en rapport avec le contexte lié aux groupes sociaux vers lesquels la formation oriente l'individu.* ».¹⁸

¹⁶ CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. (2012). Article L4311-1. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038886488&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190727>

¹⁷ MANOUKIAN, A. (2014). *La relation soignant- soigné*. France. Lamarre

¹⁸ BOUDREAULT, H. (2009). *Interpréter et représenter les savoir-être professionnels pour pouvoir concevoir des environnements didactiques pour les faire développer*. Pages3. https://rpd2017.sciencesconf.org/data/3106_BOUDREAULTHenri.pdf

La notion de compétences est donc la capacité à réaliser une action de manière adaptée grâce à un ensemble de « savoirs » et ce en fonction d'une situation. Chacun de ceux-ci pouvant avoir un impact sur l'autre.

Les éléments composant la notion de compétences varient selon les auteurs. Toutefois, la notion de « savoirs » est systématiquement retrouvée. La profession d'infirmier dispose d'un référentiel de compétences qui est également basé sur cette notion.

Nous l'étudierons ainsi en trois grandes parties.

❖ Le savoir

Il correspond aux connaissances que l'IDE a acquises au travers de ses enseignements, de sa formation initiale/spécifique ou bien de celles issues de son expérience.

Le savoir permet donc d'avoir un socle de connaissances.

❖ Le savoir-faire

Il est principalement caractérisé par l'expérience pratique issue des connaissances et du cadre de travail.

Il va témoigner de la capacité à gérer une situation convenablement, par exemple, avoir de la dextérité dans les soins, savoir gérer un cas de violence.

❖ Le savoir-être

Il est composé des conduites, des agissements, du tempérament et des valeurs de chaque infirmier.

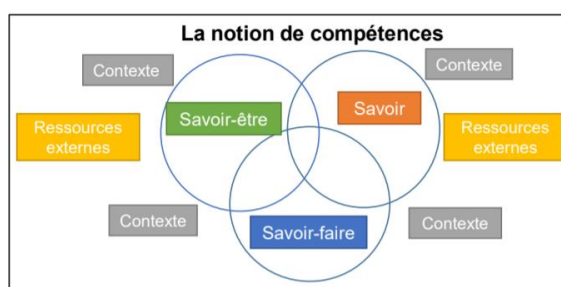
Le savoir-être est ce qui permet d'avoir des actes et des réactions adéquats face à une situation.

Les savoirs sont les prérequis de la compétence. Le mélange de ceux-ci, s'ils sont en adéquation à la situation, permet aux infirmiers d'avoir des compétences professionnelles.

Certains auteurs complètent cette définition en indiquant que pour être compétent il faut aussi faire appel à des éléments extérieurs. C'est le cas de G. LEBOTERF¹⁹, professeur et docteur en lettres, en sciences humaines et en sociologie.

Celles-ci correspondent à des éléments situés dans l'environnement.

C'est le cas par exemple des professionnels de santé présents dans le service, des protocoles, des dispositifs pour faire face à une situation



Lucie LE-ROY-MANGEANT

Les compétences sont synthétisées à l'aide de ce graphique.

Celles-ci doivent toujours être entretenues.

¹⁹COTE, J. (2018). *Guy Leboterf, Développer et mettre en œuvre la compétence : Comment investir dans le professionnalisme et les compétences*. Pages 2. <https://journals.openedition.org/ripes/1565>

6.3.e L'impact de la posture professionnelle infirmière (au travers de la notion de compétences) sur la relation soignant-soigné face à un patient violent

Selon E.GBEZO²⁰, l'absence ou la non mise en œuvre des compétences infirmières face à un patient violent peut avoir un impact sur la relation soignant-soigné. En effet, si l'IDE ne mobilise pas celles-ci, cela peut favoriser la mise en œuvre de posture « inadaptée » telles que l'agressivité ou l'ignorance envers le patient. Cela aura une incidence sur la qualité de la relation soignant-soigné (dégradation, altération...).

A contrario, si l'IDE mobilise ses compétences, cela favorisera l'adoption d'une posture « adaptée » (compréhensive, verbalisation) et la relation avec le patient pourra être ainsi impactée positivement (patient apaisé, relation de qualité...).

7. La méthodologie pour la suite du travail

7.1 Les nouvelles lectures

Afin de poursuivre mon travail de recherche, j'ai lu différents articles.

La relation de soins concepts et finalités C. FORMARIER, *Faire face à la violence dans les institutions de santé* M. MICHEL & J. THIRION, *Compétence* A. MOREL.

Ces lectures m'ont permis de mieux appréhender le concept de compétences en lien avec la posture professionnelle qui me paraissait encore « flou ». J'ai ainsi pu approfondir la notion de savoir, savoir-être et savoir-faire mais aussi les facteurs favorisant l'adoption d'une posture « inadaptée ».

Grâce à l'ensemble de mes lectures, j'ai pu comprendre précisément l'impact qu'a la posture infirmière au travers de la notion de compétences sur la relation soignant-soigné face à un patient violent.

7.2 Les entretiens semi-directifs

Suite à cette partie théorique, j'ai décidé de réaliser deux entretiens semi-directifs.

Afin de les mener à bien, j'ai élaboré un questionnaire comportant trois catégories avec des objectifs.

Les participants sont un infirmier (nommé A) et une infirmière (nommée B) travaillant aux urgences respectivement depuis cinq et un an.

Les entretiens ont été réalisés par téléphone et enregistrés compte tenu de la crise sanitaire.

7.2.a Les objectifs des entretiens semi-directifs

Nous étudierons les objectifs des entretiens en lien avec les questions posées sous forme de tableau.

Questions	Objectifs
Présentation	
➤ Quel âge avez-vous ?	L'objectif de cet item est de découvrir les participants et leur parcours.
➤ Quel service avez-vous fréquenté ?	
➤ Est-ce que le fait de travailler aux urgences a été un choix pour vous ?	

²⁰ GBEZO, E. (2011). *Les soignants face à la violence*. France. Lamarre

Généralités sur la violence	
➤ Pouvez-vous me définir le terme de violence ?	L'objectif principal de cette partie est de confirmer que les formes et les causes de violences décrites dans la littérature soient similaires à celles du « terrain » mais également de vérifier si la violence peut avoir un impact sur la relation soignant-soigné.
➤ Quelles peuvent être les causes de violence selon vous ?	
➤ A votre avis, quelles sont les conséquences possibles de la violence pour vous et pour le patient ?	
Vécu et posture professionnelle face à la violence	
➤ Avez-vous déjà été confronté à la violence des patients au cours de votre expérience professionnelle ?	Le but de cette partie est de prouver que la violence est un problème récurrent aux urgences. Nous pourrions également vérifier si le stress et la peur sont des sentiments prépondérants chez les infirmiers face à la violence. En outre nous découvrirons comment et pourquoi l'IDE peut adopter une posture « adéquate ou non », et si celle-ci a l'effet escompté sur le patient. Enfin, nous établirons si oui ou non la notion de compétences (savoir, savoir-faire et savoir-être), la notion de rôle/ représentations, et de contexte jouent un rôle sur la posture professionnelle infirmière. Nous découvrirons également l'impact potentiel de cette posture sur la relation soignant-soigné face à un patient violent.
➤ Combien de fois avez-vous été confronté à la violence ?	
➤ Qu'avez-vous ressenti face à cette violence ?	
➤ Quelle posture avez-vous adopté ?	
➤ Pourquoi avez-vous adopté cette posture ?	
➤ Quel était l'objectif de cette adoption de posture ?	
➤ Est-ce que cela a eu l'effet escompté ?	
➤ Comment en êtes-vous venu à agir comme cela ?	
➤ Comment et pourquoi a-t-on une posture « adaptée» selon vous ?	
➤ Et a contrario comment et pourquoi a-t-on une posture « inadaptée » ?	
➤ A votre avis comment la posture IDE peut-elle avoir un impact sur la relation soignant-soigné ?	

7.2.b L'argumentation du choix des professionnels pour les entretiens semi-directifs

J'ai choisi deux infirmiers exerçant aux urgences(public/privé) en lien avec ma situation de départ et mes interrogations.

J'ai décidé de prendre un homme et une femme pour une question de point de vue qui pourrait être différent face à la gestion de la violence.

Un des autres critères de choix a été l'âge et le degré d'expérience du fait de l'impact potentiel que cela pourrait avoir sur les pratiques infirmières.

J'aurai souhaité interviewer un infirmier n'ayant pas choisi de travailler aux urgences, en vain. La prise en charge d'un patient violent aurait pu être différente.

8. Les résultats des entretiens semi-directifs²¹

Nous allons retranscrire les résultats des deux entretiens et en extraire les éléments essentiels à l'aide des objectifs que nous avons fixés.

²¹ Voir annexe I

8.1 Présentation

➤ Présentation des infirmiers

L'IDE A et l'IDE B ont respectivement 30 ans et 22 ans et ont choisi de travailler aux urgences depuis cinq ans et un an. Le premier a travaillé auparavant en chirurgie et la deuxième en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Ces deux témoignages font ressortir que travailler aux urgences est un choix même si leur ancienneté diffère.

8.2 Généralités sur la violence

➤ Les formes de violences

Les deux infirmiers que nous avons rencontrés nous indiquent qu'il existe deux types de violences aux urgences : la violence physique (blessure, griffures) et la violence verbale (injures ...). Cette dernière est la plus présente.

L'IDE A nous précise que la violence provient majoritairement du patient mais qu'elle peut aussi venir du soignant dans une moindre mesure.

Ces deux témoignages indiquent que la violence verbale aux urgences est prépondérante.

➤ Les causes de violence

Les deux infirmiers s'accordent à dire que la violence peut être multicausale.

Les causes majoritaires étant la prise de substances (alcool, drogue, médicament), les troubles psychiatriques et le fonctionnement des urgences (incompréhension des patients, durée d'attente).

L'infirmier A nous précise que la violence peut également provenir des démences de type Alzheimer.

Pour l'IDE B, l'anxiété ainsi que la prise en charge carcérale pourraient favoriser l'apparition de la violence.

Ce que nous pouvons mettre en exergue est que la prise de substances, les troubles psychiatriques et le fonctionnement des urgences sont les causes principales de violence.

➤ Les conséquences de la violence

Les deux infirmiers interviewés nous indiquent que les conséquences de la violence sont principalement physiques (bras fracturé, blessure), psychologiques (stress, épuisement et culpabilité) et relationnelles (agressivité, ignorance...).

Pour l'un des infirmiers, la violence peut aussi avoir des conséquences matérielles et financières (mobilier endommagé...).

Pour l'autre IDE, les soins peuvent être impactés (moins bonne prise en charge).

Nous constatons l'importance des répercussions de la violence au travers de ces réponses : psychologique, physique mais surtout relationnelle.

8.3 Vécu et posture professionnelle infirmière face à la violence

➤ Confrontation des infirmiers face à la violence

Les deux infirmiers que nous avons interviewés nous indiquent avoir été confrontés à la violence des patients aux urgences de nombreuses fois.

Au regard de ces réponses, nous nous apercevons que les actes de violence commis envers les infirmiers sont récurrents.

➤ Les ressentis infirmiers face à la violence

Les deux IDE nous décrivent ressentir de l'agacement face à la violence des patients. Ils ne comprennent pas toujours pourquoi ils se montrent violent envers eux.

L'IDE A nous spécifie également ressentir parfois de l'épuisement et de la lassitude parce que prendre en charge un patient violent demande énormément d'énergie.

L'IDE B nous précise éprouver du stress et de la peur. Ses craintes concernent l'atteinte à son intégrité physique. Elle nous affirme aussi ressentir de la culpabilité parce qu'elle a l'impression de ne pas aller assez loin dans sa prise en charge.

Ces réponses nous permettent d'observer que le sentiment d'agacement de la part des infirmiers semble être très présent face la violence des patients.

➤ La posture infirmière la plus fréquemment adoptée face à un patient violent

Les deux soignants interrogés nous indiquent que la posture qu'ils adoptent est basée sur de la compréhension (au travers de la bienveillance, de l'écoute active et de l'empathie) dans le but de permettre aux patients de verbaliser leurs sentiments.

L'IDE A nous spécifie qu'il agit comme cela parce qu'il connaît son métier et qu'il est compétent. Il nous précise également que parfois il tente de « diminuer le volume de sa voix » afin de permettre aux patients de s'apaiser.

L'IDE B nous affirme qu'en cas d'échec de sa posture, elle fait appel à des ressources externes présentes dans le service (médecin, équipe mobile psychiatrique) et à son « bip violence » (renfort du personnel soignant).

La posture compréhensive et de verbalisation (au travers de la bienveillance, de l'écoute active et de l'empathie) semble être celle qui est la plus fréquemment adoptée par les infirmiers face à des patients violents. Cela permettrait aux patients de verbaliser leurs sentiments.

➤ Les causes de l'adoption de la posture des infirmiers

L'IDE A et B nous affirment que l'adoption de leur posture dépend de leurs compétences.

Celles-ci sont liées au savoir (au travers des connaissances, des formations initiale et/ou spécifique : violence, gestion des conflits), au savoir-faire (expérience, nombre de situations de violence, stages) et au savoir-être (empathie, écoute, bienveillance, gestion des émotions et personnalité).

Le savoir-être dépend également de sa personnalité, selon l'IDE B.

La notion de compétences paraît importante. Elle s'articule autour de trois pôles.

➤ **Objectifs en lien avec la posture des IDE**

L'objectif de l'adoption de leur posture est principalement de diminuer les tensions et de maintenir un contact de qualité avec le patient.

L'IDE B nous précise également que réaliser un soin dans de bonnes conditions est primordial.

Au travers de ces résultats, nous pouvons observer que l'intention de diminuer les conflits et de maintenir une relation de qualité semblent important pour ces deux infirmiers.

➤ **L'effet attendu de la posture infirmière face à un patient violent**

Ils nous indiquent que leur posture a majoritairement l'effet escompté sur le patient.

L'IDE B nous confie cependant que parfois sa posture n'a pas l'effet attendu.

Il ressort de ces deux témoignages que la posture des IDE fonctionne la plupart du temps face à un patient violent.

➤ **La posture infirmière « adaptée » face à un patient violent**

Pour les deux IDE, l'adoption d'une posture adaptée repose sur la compréhension et la verbalisation du patient (au travers de la bienveillance, de l'écoute active et de l'empathie).

L'IDE A souligne également que le langage verbal, non verbal et paraverbal doit être congruent.

Ils s'accordent également à dire que l'adoption d'une posture adaptée est possible grâce à leurs compétences.

Celles-ci sont liées aux savoirs (connaissance, formation initiale et spécifique : violence, gestion des conflits...), au savoir-être (empathie, bienveillance, écoute active et gestion des émotions) et au savoir-faire (nombre de situations de violence, expérience, stages).

La posture infirmière adaptée (compréhension et verbalisation) serait liée aux compétences des IDE.

➤ **La posture infirmière « inadaptée » face à un patient violent**

Ils s'accordent à dire qu'une posture inadaptée est caractérisée par le fait de se confronter aux patients et de répondre par de l'agressivité.

Ces postures peuvent-être adoptées à cause de l'absence ou de la non mobilisation des compétences infirmières.

Celles-ci dépendent du savoir, du savoir-faire et du savoir-être.

Un contexte défavorable tels que des soucis personnels, de la fatigue, une charge de travail importante, du stress, un vécu négatif de la violence peuvent favoriser l'adoption d'une posture inadaptée.

L'un des infirmiers nous précise également que l'adoption de cette posture peut dépendre des représentations négatives des infirmiers vis-à-vis de la violence.

L'autre infirmière nous indique qu'une posture inadaptée est parfois inconsciemment prise dans le but de se protéger (trop plein émotionnel). Ce sont les mécanismes de défenses (évitement, identification projective...) et d'adaptation au stress nommés « coping » (désengagement, déni...).

Elle nous précise également qu'une posture inadaptée peut être caractérisée par le fait d'ignorer le patient.

Ces deux témoignages confirment que la posture infirmière « inadaptée » serait liée à un défaut ou à l'absence de compétences infirmières renforcée par un contexte défavorable. Elle est principalement caractérisée par le fait de se confronter aux patients, d'être agressif.

➤ L'impact de la posture infirmière sur la relation soignant-soigné

Les deux infirmiers interviewés nous indiquent que la posture infirmière peut avoir un impact positif ou négatif sur la relation soignant-soigné.

Une posture inadaptée (au travers de l'affrontement, de l'agressivité) pourra exacerber la violence du patient et altérer la relation soignant-soigné.

Selon l'IDE B, le fait d'ignorer le patient peut aussi être une posture inadaptée, cela dégraderait la relation soignant-soigné.

A contrario, pour ces deux professionnels, une posture adaptée (compréhensive et de verbalisation au travers de l'écoute, de l'empathie et de la bienveillance) permettrait d'avoir un impact positif sur le patient. Cela l'apaiserait et la relation serait de qualité.

L'infirmier au travers de sa posture professionnelle peut avoir un impact positif ou négatif sur la relation soignant-soigné face à un patient violent.

9. L'analyse ou discussion de ces résultats

Initialement ce travail de recherche a pour but de répondre à la problématique suivante :

En quoi la posture de l'infirmière peut-elle avoir un impact sur la relation soignant-soigné face à un patient commettant des actes de violence aux urgences ?

Les différentes lectures et le travail sur les concepts nous ont permis d'étudier précisément la violence, la relation soignant-soigné et la posture professionnelle infirmière.

Grâce aux entretiens réalisés, nous avons pu extraire des éléments essentiels.

Désormais, nous allons les analyser dans le but de les comparer à la littérature.

9.1 La violence à l'hôpital demeure très présente

9.1.a Les urgences, un service où la violence est particulièrement visible

Suite aux entretiens effectués auprès d'IDE et de Monsieur X, nous pouvons constater que les urgences sont un service où la violence est très présente. Les actes de violence commis envers les infirmiers y sont donc nombreux et récurrents.

Tous les ouvrages que j'ai pu lire corroborent cette situation. En effet, selon l'ONVS²², les urgences sont le deuxième service le plus touché par la violence (un quart des actes) après la psychiatrie.

La majorité de ces actes sont commis envers des infirmiers.

En tant que future infirmière, avoir conscience de ces données est primordial.

En effet, avant d'écrire ce mémoire, je n'avais pas réalisé que les infirmiers étaient l'un des professionnels de santé les plus impactés par la violence, ni qu'elle était autant présente à l'hôpital. Cela me permettra d'être davantage vigilante à l'avenir.

²² OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTE. (2019). *Rapport 2019 Données 2018*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2019_donnees_2018.pdf

9.1.b Les formes de violence les plus présentes aux urgences

Nous pouvons constater au travers des entretiens réalisés que deux formes de violence prédominent aux urgences. La violence verbale qui est la plus présente (injures...) et la violence physique (blessures, griffures...).

L'ONVS²³ nous confirme ces données.

En effet aux urgences, trois quart de la violence est verbale contre un quart de violence physique.

Toutefois, selon E.GBEZO²⁴, la violence à l'hôpital peut aussi être d'ordre psychique ou sexuelle, ce qui n'a pas été évoqué par les infirmiers.

Avoir connaissance des formes de violence les plus présentes permet d'appréhender les situations auxquelles je pourrai être le plus exposée.

9.1.c Les causes principales de violence aux urgences

Nous pouvons observer, au travers des différents entretiens, que les principales causes de violence sont la prise de substances (drogue, alcool, médicament). Les troubles psychiatriques, le fonctionnement des urgences (incompréhension des patients, durée d'attente) sont également d'autres étiologies importantes.

L'entretien exploratoire confirme ces données. Monsieur X nous précise par ailleurs que la violence peut être favorisée par l'environnement hospitalier et les infirmiers au travers de leur communication et de leurs attitudes.

Monsieur X et une IDE nous spécifient que l'anxiété peut être un motif de recours à la violence.

E.GBEZO²⁵ corrobore ces témoignages. Pour lui, la violence provient du soigné (présence d'addictions ou prise ponctuelle de boissons alcoolisées, drogue/pathologie psychiatrique), des soignants (communication déficiente : information non donnée ou discordante, posture inadaptée...) et de l'environnement hospitalier (incompréhension des patients face au fonctionnement des urgences, durée d'attente).

Aucun des infirmiers ne nous a précisé que la violence pouvait être favorisée par les soignants.

R.FERRARI²⁶ commissaire divisionnaire chargée de mission auprès de l'ONVS, conforte ces données en soulignant également que l'angoisse, la souffrance peuvent être l'un des motifs de recours à la violence.

La souffrance est une cause qui n'a pas été citée par les IDE.

Connaitre les causes principales de violence, permet en tant que future infirmière d'être plus vigilante aux patients susceptibles de commettre ces actes ou bien encore à la gestion du temps d'attente et à l'explication du fonctionnement du service aux patients.

²³ OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTE. (2019). *Rapport 2019 Données 2018*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2019_donnees_2018.pdf

²⁴ GBEZO, E. (2011). *Les soignants face à la violence*. France. Lamarre

²⁵ GBEZO, E. (2011). *Les soignants face à la violence*. France. Lamarre

²⁶ FERRARI, R. (2005). *La violence aux urgences : une triste réalité ?*. https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/110_Ferrari.pdf

9.1.d Les conséquences de la violence aux urgences

Les entretiens nous ont permis d'identifier les conséquences majoritaires de la violence : physique, psychologique et relationnelle.

E. GBEZO²⁷ corrobore ces dires.

L'ONVS²⁸ précise cependant que la violence peut avoir une incidence sur la qualité des soins, et sur l'économie.

Ces deux notions n'ont été citées que par un infirmier et Monsieur X.

Connaitre les conséquences de la violence me permettra à l'avenir de porter une attention particulière à la relation que j'entretiendrai avec le patient. Avant de rédiger ce travail de fin d'études, je n'étais pas consciente que la relation avec le patient pouvait être autant impactée.

9.2 Les ressentis infirmiers face à la violence d'un patient

Les ressentis des infirmiers face à la violence sont différents. Toutefois, nous pouvons observer que l'agacement est un élément fréquemment cité.

A.MANOUKIAN²⁹ et E.GBEZO³⁰ nous indiquent également que ce sentiment est prépondérant.

Cependant, ils nous expliquent également qu'il existe d'autres sentiments que les infirmiers peuvent éprouver face à la violence tels que l'agressivité, l'anxiété, l'évitement, la crainte, les remords, l'épuisement....

Seule une IDE nous a indiqué ressentir de la peur, du stress et de la culpabilité eu égard à sa prise en charge.

Un infirmier nous a précisé ressentir de l'épuisement et de la lassitude.

Avant d'écrire ce mémoire, je n'avais pas autant conscience que l'agacement était un sentiment prépondérant chez les infirmiers.

Appréhender mes émotions me permettra d'apprendre à les repérer et à les maîtriser, ce qui semble essentiel pour prendre en charge un patient violent.

9.3 L'impact de la posture infirmière au travers de la notion de compétences

La posture professionnelle infirmière face à la violence peut être « adaptée » ou « inadaptée ».

9.3.a La posture professionnelle infirmière « adaptée » face à un patient violent

Selon les IDE et Monsieur X, une posture compréhensive et de verbalisation (au travers de la bienveillance, de l'écoute et de l'empathie) serait une posture infirmière adaptée face à la violence des patients.

Cette posture est la plus fréquemment adoptée par les infirmiers selon les entretiens réalisés. Elle aurait souvent l'effet escompté sur le patient.

La posture professionnelle infirmière adaptée serait adoptée grâce aux compétences des IDE.

²⁷ GBEZO, E. (2011). *Les soignants face à la violence*. France. Lamarre

²⁸ OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTE. (2019). *Violence en santé synthèse du rapport 2019 de l'ONVS Données 2018*. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_onvs_synthese_du_rapport_2019.pdf

²⁹ MANOUKIAN, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. France. Lamarre

³⁰ GBEZO, E. (2011). *Les soignants face à la violence*. France. Lamarre

Ces compétences sont liées :

- **Savoir** : connaissance sur la violence, formation initiale et/ou spécifique violence, gestion des conflits...
- **Savoir-faire** : nombre de confrontations face à la violence, expérience, stages.
- **Savoir-être** : écoute, empathie, bienveillance, gestion des émotions et personnalité....

A.MANOUKIAN³¹ conforte ces données . Pour lui, une posture adaptée repose sur le fait d'être compréhensif et de faire verbaliser le patient au travers de l'écoute active, de la bienveillance et de l'empathie.

Il ajoute que l'authenticité est également un élément primordial. Cela n'a pas été évoqué par les IDE.

M.MICHEL&J.THIRION³² confirment également ces témoignages.

M.MICHEL est maître de conférence en sciences sociales et formateur en école de cadre. J. THIRION est docteur en sciences de l'éducation, en lettres et en sciences humaines.

Ils nous précisent que l'adoption d'une posture « adaptée » dépend des compétences des IDE au travers du savoir, du savoir-faire et du savoir être. Ils nous affirment également que faire appel à des ressources extérieures quand la violence s'accroît est nécessaire. L'ensemble de ces éléments permettrait de diminuer les tensions et d'apaiser le patient violent.

Une IDE nous avait indiqué faire appel à des ressources extérieures.

L'adoption d'une posture « adaptée » est importante pour un infirmier. La connaissance des éléments constituant le concept de compétences permet de comprendre comment devenir compétent : en entretenant et en renouvelant constamment ces « savoirs ». Avant d'écrire ce mémoire, je n'avais pas conscience que les compétences étaient organisées autour de trois pôles.

9.3.b L'objectif de l'adoption de leur posture pour les infirmiers

L'objectif de l'adoption de leurs postures pour les IDE est de diminuer les tensions mais aussi de maintenir une relation de qualité avec le patient violent.

A.MANOUKIAN³³ est en accord ces données. En effet, pour lui, l'objectif de la posture infirmière est d'obtenir une relation de qualité avec le patient violent.

Au travers de ces notions, nous pouvons retenir que l'objectif principal de la posture infirmière est de diminuer les tensions et d'avoir une relation de qualité avec le soigné.

A l'avenir, je serai attentive à toujours obtenir une relation de qualité face à un patient violent dans le but de l'apaiser.

9.3.c La posture professionnelle infirmière « inadaptée » face à un patient violent

Pour les infirmiers que nous avons interrogés, l'adoption d'une posture inadaptée est caractérisée par le fait de se confronter aux patients et de répondre par l'agressivité.

Ces attitudes peuvent-être adoptées à cause du manque ou de la non mise en œuvre des compétences infirmières (savoir, savoir-faire et savoir-être). Il en ressort également qu'un contexte défavorable (soucis personnels, fatigue, charge de travail importante, stress, vécu négatif de la violence) faciliterait l'adoption d'une posture inadaptée.

Monsieur X nous précise également que cette posture inadaptée peut être favorisée par la notion d'attente autour des représentations soignantes (« bon/mauvais » patient).

³¹ MANOUKIAN, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. France. Lamarre

³² MICHEL, M. & THIRION, J. (2004). *Faire face à la violence dans les institutions de santé*. France. Lamarre

³³ MANOUKIAN, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. France. Lamarre

Un IDE nous a précisé que les représentations de la violence pouvaient favoriser l'adoption d'une mauvaise posture.

E.GBEZO³⁴ confirme ces données. Selon lui, la posture inadaptée des IDE peut être causée par l'absence ou la non mobilisation des compétences infirmières. Il nous indique également qu'un contexte défavorable peut favoriser l'adoption d'une mauvaise posture.

A.MANOUKIAN³⁵ est en accord avec ces témoignages. Il nous précise que l'adoption d'un comportement agressif est inadaptée car cela peut avoir une répercussion sur la relation avec le patient par la suite. Répondre par l'agressivité ou la violence ne fait qu'exacerber les tensions et par conséquent diminuer les interactions avec le soigné.

Il nous précise aussi avec A.VEGA³⁶ que les représentations, le vécu, peuvent avoir un effet sur la relation soignant-soigné.

J'ai choisi de ne pas détailler davantage la notion de représentations au vu de la littérature (peu d'articles) et du nombre de pages restreint de ce travail.

Pour finir, une infirmière nous a déclaré qu'il existe des comportements d'adaptation face au stress et au « trop plein émotionnel » qu'engendre la violence : le coping et les mécanismes de défense.

J'ai décidé de ne pas développer cette notion au vu du nombre de pages restreint de ce travail. Toutefois, dans l'avenir cela pourrait être une piste à envisager. C'est un point nouveau n'ayant pas été évoqué dans les ouvrages que j'ai pu lire.

La connaissance des postures « non adaptées » et de leur cause est primordial en tant que futur IDE. En effet, cela permet d'anticiper leur survenu au travers de l'acquisition de compétences.

Les représentations et un contexte défavorable semblent favoriser l'adoption d'une posture « inadaptée ». Il me semble nécessaire d'en avoir connaissance afin de limiter leur impact et d'apprendre à les maîtriser.

9.4 L'impact de la posture professionnelle infirmière sur la relation soignant-soigné

Il ressort des entretiens que la posture professionnelle infirmière peut avoir un impact sur la relation soignant-soigné au travers de la notion de posture « adaptée, inadaptée ». En effet, si l'infirmier adopte une posture adaptée (compréhensive et de verbalisation au travers de l'écoute, de l'empathie et de la bienveillance) cela permettrait d'avoir une relation de qualité et d'apaiser le patient.

A contrario, si les infirmiers ont une « posture inadaptée » (au travers de l'affrontement, de l'agressivité et ou de l'ignorance du patient...) la violence pourrait être exacerbée et la relation serait ainsi altérée.

Ces données se trouvent confortées par les ouvrages que j'ai pu lire.

Le conseil international des infirmières³⁷ nous indique que quatre attitudes sont possibles de la part de l'IDE face à la violence :

- ➔ L'agressivité
- ➔ L'évitement
- ➔ La défense physique
- ➔ La compréhension et la verbalisation (au travers de l'écoute active, bienveillance, empathie)

³⁴ GBEZO, E. (2011). *Les soignants face à la violence*. France. Lamarre

³⁵ MANOUKIAN, A. (2014). *La relation soignant-soigné*. France. Lamarre

³⁶ VEGA, A. (1997). *Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles*. Pages 115-120. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1997_num_15_3_1405

³⁷ GBEZO, E. (2011). *Les soignants face à la violence*. France. Lamarre

L'agressivité, l'évitement correspondraient à des postures « inadaptées ». La mise en place de celles-ci pourrait exacerber la violence du patient et donc altérer la relation soignant-soigné.

A contrario, la compréhension et la verbalisation correspondraient à une posture « adaptée ». Celle-ci permettrait d'avoir d'une relation de qualité et d'apaiser le patient. Si l'intégrité de l'infirmier est atteinte, la défense peut être une posture adaptée.

L'agressivité et la compréhension sont les deux seules « attitudes » ayant été évoquées par les IDE.

Avoir conscience de l'impact que peut avoir la posture infirmière sur la relation soignant-soigné face à un patient violent est essentiel pour avoir une posture « adaptée ». A l'avenir, pour obtenir une relation qualitative avec le patient il sera important que j'adapte ma posture.

10. Les limites

Ce travail de fin d'études est soumis à certaines limites.

J'ai interviewé des IDE ayant fait le choix de travailler aux urgences. Toutefois, il aurait été intéressant de trouver un infirmier n'ayant pas souhaité y exercer. Cela aurait potentiellement pu avoir un impact sur la prise en charge d'un patient violent.

Compte tenu du nombre limité de pages concernant ce travail, je n'ai pas pu explorer toutes les pistes existantes et notamment approfondir le concept de représentations et découvrir la notion de coping et de mécanismes de défense.

11. La conclusion et l'hypothèse

Réaliser ce travail de fin d'études m'a permis d'approfondir les notions de posture professionnelle infirmière, de relation soignant-soigné et de violence.

A travers la posture professionnelle infirmière, j'ai découvert les différents éléments la composant dont la notion de compétences (au travers des différents savoirs) ainsi que la notion de posture « adaptée » et « inadaptée ».

Travailler sur le concept de violence m'a permis de prendre conscience des conséquences que pouvait engendrer la violence.

Etudier la notion de relation soignant-soigné m'a permis de conforter mes connaissances notamment sur la communication et de découvrir la notion de rôle/représentations.

Réaliser des entretiens en les confrontant à la littérature m'a permis d'aboutir à une hypothèse de recherche répondant à ma problématique de départ.

La posture professionnelle infirmière au travers du concept de compétences a un impact sur la relation soignant-soigné face à un patient violent.

La combinaison du savoir, du savoir-faire et du savoir-être quand ils sont en corrélation avec le contexte permet à l'infirmier d'être compétent. Ces compétences lui permettent d'avoir une posture « adaptée » (compréhensive et de verbalisation au travers de l'écoute, de l'empathie et de la bienveillance...).

Cette dernière permettrait l'apaisement du patient et l'obtention d'une relation de qualité.

A contrario, l'absence de mobilisation ou d'acquisition de certains savoirs et un contexte défavorable engendreraient une posture « inadaptée ».

Celle-ci (au travers d'une réponse agressive, de confrontation ou d'ignorance du patient...) pourrait entraîner l'altération de la relation soignant-soigné et l'exacerbation de la violence du patient.

Grâce à ce travail de recherche, j'ai pris conscience de l'importance de la notion de compétences au travers de la posture infirmière.

Celle-ci ayant un impact sur la relation soignant-soigné face à un patient violent, il est essentiel qu'elle soit adaptée à chaque situation. Pour ma future pratique professionnelle, je veillerai à adopter une posture adéquate.

Je développerai les différents savoirs durant ma carrière professionnelle (formation continue...) en m'adaptant au contexte.

Afin de poursuivre ce travail de recherche dans l'avenir, il me semble nécessaire de nous poser les questions suivantes :

- ➔ En quoi le coping et les mécanismes de défense mis en place par l'infirmier peuvent-ils avoir un impact sur la relation soignant-soigné face à un patient violent ?
- ➔ En quoi les représentations de l'infirmier peuvent-elles avoir un impact sur la relation soignant-soigné face à un patient violent ?
- ➔ Dans quelles mesures la posture infirmière peut-elle engendrer de la violence chez le patient ?

Les ressources documentaires

1. La bibliographie

1.a Les ouvrages

- GBEZO, E. (2011). *Les soignants face à la violence*. (2^{ème} édition). France. Lamarre.
- MANOUKIAN, A & MASSEBEUF, A. (2014). *La relation soignant soigné*. (4^{ème} édition). France. Lamarre.
- MICHEL, M & THIRION, J. (2004). *Faire face à la violence dans les institutions de santé*. France. Lamarre.
- MICHEL, M & SIONNET, C & THIRION, J. (2015). *La violence à l'hôpital*. France. Lamarre.
- PAILLARD, C. (2018). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. (4^{ème} édition). France. Setes.

2. La sitographie

2.a Les articles

- BOUDREAULT, H. (2017). *Interpréter et représenter les savoir-être professionnels pour pouvoir concevoir des environnements didactiques pour les faire développer*. Pages 3. Consulté le 29 mars 2020 à l'adresse https://rpd2017.sciencesconf.org/data/3106_BOUDREAULTHenri.pdf
- COTE, J. (2018). *Guy Le boterf, Développer et mettre en œuvre la compétence : Comment investir dans le professionnalisme et les compétences*. Pages 2. Consulté le 06 mai 2020 à l'adresse suivante <https://journals.openedition.org/ripes/1565>
- FERRARI, C. (2013). *La violence aux urgences une triste réalité ?*. Consulté le 25 mars 2020 à l'adresse https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/110_Ferrari.pdf
- FORMARIER, C. (2007). *La relation de soins concepts et finalités*. Consulté le 29 mars 2020 à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>

- MOREL, A. (2012). *Compétence*. Consulté le 28 mars 2020 à l'adresse <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-110.htm>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2020). *Violence*. Consulté le 02 février 2020 à l'adresse <https://www.who.int/topics/violence/fr/>
- SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE D'URGENCE. (2013). *Qu'est-ce qu'un service d'urgences ?*. Consulté le 26 mars 2020 l'adresse <https://www.sfm.u.org/fr/public/07>
- VEGA, A. (1997). *Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles*. Pages 115-120. Consulté le 30 mars 2020 à l'adresse https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1997_num_15_3_1405

2.b Les rapports

- OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTE. (2019). *Rapport 2019 Données 2018*. Consulté le 12 novembre 2019 à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_onvs_2019_donnees_2018.pdf
- OBSERVATOIRE NATIONAL DES VIOLENCES EN MILIEU DE SANTE. (2019). *Violences en santé synthèse du rapport 2019 de l'ONVS Données 2018*. Consulté le 22 mars 2020 à l'adresse https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/_onvs_synthese_du_rapport_2019.pdf

2.c Les textes législatifs

- CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. (2019). *Article L4311-1*. Consulté le 31 mars 2020 à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038886488&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190727>

2.d La photographie

- TELE QUEBEC. (2019). *Une violence non dénoncée*. Consulté le 02 mai 2020 à l'adresse <http://fautenparler.telequebec.tv/emissions/des-soins-aux-poings/violence-non-denoncee>

Annexes

Annexe I : L'analyse des entretiens semi-directifs

Questions	IDE A	IDE B
Présentation		
Quel âge avez-vous ?	30 ans.	❖ 22 ans.
Quel service avez-vous fréquenté ?	➤ Service de chirurgie (traumatologique, viscérale...). ➤ Urgences depuis cinq ans.	❖ EHPAD. ❖ Urgences depuis un an.
Est-ce que le fait de travailler aux urgences a été un choix pour vous ?	➤ Choix.	❖ Choix.
Généralités sur la violence		
Pouvez-vous me définir le terme de violence ?	➤ Violence physique. ➤ Violence verbale plus présente. ➤ Provient souvent du patient mais aussi du soignant dans une moindre mesure.	❖ Violence verbale (injures...) majoritaire. ❖ Violence physique (blessures, griffures) forme présente mais moins importante.
Quelles peuvent être les causes de violence selon vous ?	➤ Multicausale. ➤ Prise de substances alcool, drogue et médicament ++. ➤ Problèmes d'ordre psychiatrique +. ➤ Fonctionnement des urgences (incompréhension des patients, temps d'attente) +. ➤ Démences de type Alzheimer.	❖ Plusieurs motifs. ❖ Alcool, médicament et drogue ++. ❖ Organisation des urgences (délai d'attente, incompréhension des patients du fonctionnement des urgences) +. ❖ Troubles psychiatriques+. ❖ Anxiété. ❖ Prise en charge carcérale.
Selon vous quelles sont les conséquences possibles de la violence pour vous et pour le patient ?	➤ Relationnelle (agressivité) ++ important. ➤ Physique (blessure)+. ➤ Psychologique (stress, épuisement) +. ➤ Matérielle et financière (mobilier endommagé).	❖ Physique (blessure, bras fracturé...) +. ❖ Psychique (culpabilité...) +. ❖ Relationnelle (agressivité, ignorance...) +. ❖ Soins (moins bonne prise en charge).

Vécu et posture professionnelle face à la violence		
Avez-vous déjà été confronté à la violence des patients au cours de votre expérience professionnelle ?	➤ Oui aux urgences.	❖ Oui aux urgences .
Combien de fois avez-vous été confronté à la violence ?	➤ De nombreuses fois.	❖ Plusieurs fois.
Qu'avez-vous ressenti face à cette violence ?	➤ Agacement parce qu'il ne comprend pas la cause de cette violence+. ➤ Epuisement , lassitude parce que prendre en charge un patient demande énormément d'énergie.	❖ Enervement car elle donne toujours le meilleur d'elle-même et qu'elle ne comprend pas pourquoi les patients se montrent violent+. ❖ Sentiment de stress, de peur. ❖ Crainte pour son intégrité physique. ❖ Sentiment de culpabilité car elle a l'impression de ne pas aller assez loin dans sa prise en charge.
Quelle posture avez-vous adopté ?	➤ Composée de plusieurs éléments. ➤ Compréhension : bienveillance, écoute et empathie pour permettre aux patients de verbaliser leurs sentiments. ➤ Baisser le volume de sa voix dans le but de permettre aux patients de s'apaiser.	❖ Verbalisation des émotions du patient. ❖ Posture compréhensive basée sur de la bienveillance, de l'écoute et de l'empathie. ❖ En cas d'échec, elle a recours à des ressources présentes dans le service : (médecin, équipe mobile psychiatrique). ❖ Si insuffisant bip violence (renfort du personnel soignant).

Pourquoi avez-vous adopté cette posture ?	➤ Grâce à ses compétences. ➤ Il est compétent parce qu'il sait comment agir, il connaît son métier. ➤ Il a acquis cette posture grâce à des savoirs (connaissances sur la violence, formation sur la gestion des conflits, violence), du savoir-faire (expérience, nombreuses situations de violence vécues), savoir-être (empathie, écoute, bienveillance et gestion des sentiments).	❖ Grâce à l'acquisition de compétences. ❖ Repose sur des acquis (savoir, savoir-faire, savoir-être). ❖ Savoir : formation initiale, formation violence ❖ Savoir-faire : expérience, stages en psychiatrie, urgences. ❖ Savoir-être : aptitudes relationnelles telles que l'écoute, l'empathie et la bienveillance, maîtrise des émotions qui font partie de sa personnalité.
Quel était l'objectif de cette adoption de posture ?	➤ Principalement de réduire les tensions tout en conservant un contact relationnel de qualité avec le patient.	❖ Les soins se passent convenablement, que la situation s'apaise tout en maintenant une relation qualitative avec le patient.
Est-ce que cela a eu l'effet escompté ?	➤ Posture fonctionne la plupart du temps.	❖ Sa posture apaise majoritairement les patients. ❖ Parfois, cela n'a pas l'effet escompté (minorité des cas).
Comment en êtes-vous venu à agir comme cela ?	➤ Compétences et qu'il connaît son métier. ➤ Savoir (connaissances sur la violence, formation gestion des conflits et violence). ➤ Savoir-faire (expérience et vécu de nombreuses situations de violences). ➤ Savoir-être (empathie, écoute, bienveillance et gestion des sentiments).	❖ Compétences. ❖ Savoir-être (écoute, empathie, bienveillance, maîtrise de mes émotions) qui font partie de ma personnalité. ❖ Savoir-faire (expérience, stage en psychiatrie et aux urgences). ❖ Savoir (formation initiale et violence ...).

Comment et pourquoi a-t-on une posture « adaptée » selon vous ?	Comment : ➤ Compréhension : bienveillance envers le patient, écoute active, empathie, bienveillance. ➤ Verbalisation du patient. ➤ Congruence entre le langage verbal, paraverbal et non verbal. Pourquoi : ➤ Compétences. ➤ Savoir (connaissances sur la violence, formations : violence, gestion des conflits), savoir-être (écoute active, empathie et gestion des sentiments), savoir-faire (nombre et vécu des situations de violences, expérience). ➤ Une posture adaptée serait la mise en œuvre de l'ensemble de ces éléments.	Comment : ❖ Compréhensive : empathie, bienveillance et écoute. ❖ Verbalisation des sentiments du patient. Pourquoi : ❖ Compétences de chaque infirmière. ❖ Savoir-faire (expérience, stages). ❖ Savoir-être (maîtrise des émotions et attitudes relationnelles telles que l'écoute, la bienveillance, l'empathie...). ❖ Savoir (formation initiale et spécifique).
Et a contrario comment et pourquoi a-t-on une « posture inadaptée » ?	Comment : ➤ Confrontation aux patients, agressivité. Pourquoi : ➤ Manque de compétences ou non usage des compétences dans l'un des trois domaines cités précédemment : savoir, savoir-faire, savoir-être. ➤ Représentations que chaque IDE possède sur la violence. ➤ Contexte défavorable (vécu négatif, stress, fatigue, charge de travail) la posture inadaptée pourra être davantage employée.	Comment : ❖ Ignorer le patient. ❖ Posture agressive et d'affrontement. Pourquoi : ❖ Manque ou non mise en œuvre des compétences liées au savoir, au savoir-faire et au savoir-être. ❖ Un contexte défavorable faciliterait l'adoption d'une posture inadaptée (fatigue, nombre de patients, soucis personnels). ❖ Prise inconsciemment dans le but de se protéger (trop plein émotionnel) : mécanisme de défense (évitement, identification projective) et d'adaptation

		au stress : coping (désengagement, déni).
A votre avis comment la posture IDE peut avoir un impact sur la relation soignant-soigné ?	➤ Si nous adoptons une mauvaise posture (d'affrontement, d'agressivité), la violence pourra être exacerbée et la relation avec le patient pourra être impactée. ➤ A contrario si nous adoptons une bonne posture (compréhension et de verbalisation : écoute, bienveillance, empathie). Cela pourra avoir un impact positif le patient sera apaisé , nous aurons une relation qualitative.	❖ Si nous adoptons une posture inadaptée (réaction d'agressivité, de confrontation, d'ignorance), la violence pourra être augmentée. Et ainsi la relation se détériorera. ❖ A contrario, si nous mettons en place une posture adaptée (verbalisation et compréhensive : bienveillance, écoute active et empathie). Il sera ainsi apaisé et la relation sera de qualité.

Résumé

Titre

Quand la posture infirmière a un impact sur la relation soignant-soigné.

Mots clés

Violence, patient, posture infirmière, relation soignant-soigné, compétences, savoir, savoir-faire, savoir-être, contexte.

Résumé

Les situations de violence envers les infirmiers sont de plus en plus présentes à l'hôpital. Celles-ci impactent la relation soignant-soigné positivement ou négativement. Ma question de recherche est : « ***En quoi la posture de l'infirmière peut-elle avoir un impact sur la relation soignant-soigné face à un patient violent aux urgences ?*** ».

La méthodologie utilisée est basée sur un entretien exploratoire effectué auprès d'un cadre de santé formateur sur la violence ayant travaillé aux urgences. La lecture d'un ouvrage de référence *La relation soignant-soigné* de A. MANOUKIAN. Puis, la réalisation de deux entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers travaillant aux urgences.

La posture infirmière a un impact sur la relation soignant-soigné face à un patient violent au travers de la notion de contexte et de compétences (savoir, savoir-faire, savoir-être). Si les compétences sont mises en œuvre avec le contexte, cela favorise l'adoption d'une posture « adaptée » (compréhensive et de verbalisation : écoute, empathie, bienveillance). Cette dernière a un impact positif sur la relation soignant-soigné : relation de qualité, patient apaisé. L'absence ou la non mobilisation des compétences infirmières associée à un contexte défavorable peut engendrer une posture « inadaptée » (agressivité, ignorance du patient). Cette dernière a un impact négatif sur la relation soignant-soigné : altération, exacerbation de la violence du patient.

La réalisation de ce travail m'a fait prendre conscience de l'importance d'avoir des compétences qui doivent toujours être renouvelées et maintenues dans le temps.