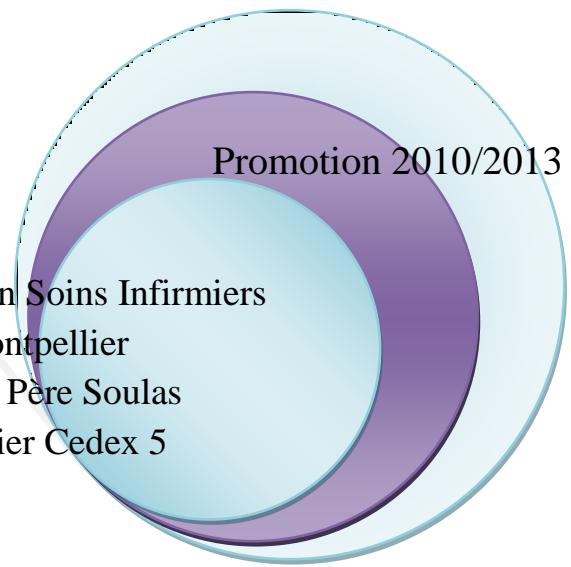
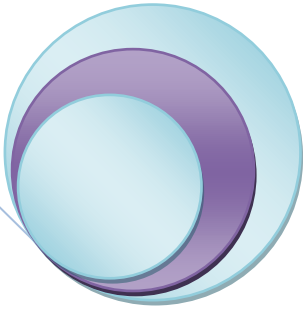


Marie BOREL

Promotion 2010/2013

Institut de Formation en Soins Infirmiers  
CHRU de Montpellier  
1146, Avenue du Père Soulas  
34295 Montpellier Cedex 5



# *Quand les émotions de l'infirmier font face à la violence du schizophrène*

## **Travail de Fin d'Étude en Soins Infirmiers**

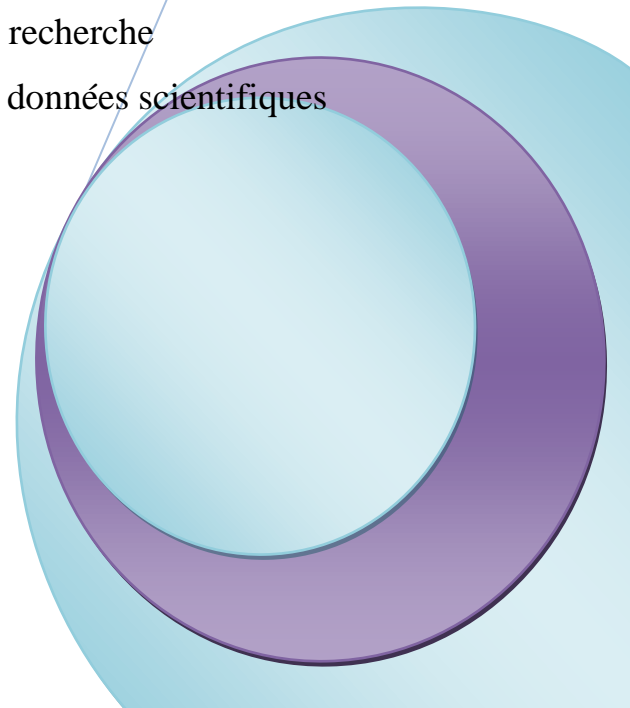
Dans l'obtention de la validation des Unités d'Enseignement :

3.4 – Initiation à la démarche de recherche

5.6 – Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques  
et professionnelles

Restitution le Mercredi 15 Mai 2013

Soutenance le Lundi 17 Juin 2013



## **REMERCIEMENTS**

Tout d'abord, je tiens à remercier ma cadre de suivi, Mme HENNETIER pour ses conseils et sa présence tout au long de la formation.

Je souhaite également remercier ma maman pour la relecture de mon mémoire, mais aussi ma famille et mon compagnon, ainsi que mes grands-parents sans qui je ne serais pas ce que je suis aujourd'hui. Merci à Stéphane pour son coup de pouce en anglais.

Sans oublier Nathalie et Lucie qui, grâce à leurs soutiens et leurs expériences, m'ont permis de réussir ces trois années.

## SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	1
<b>2. CONTEXTE DE L'ETUDE</b> .....	2
<b>2.1. Situation d'appel</b> .....	2
<b>2.2. Questionnements et cheminement</b> .....	3
<b>2.3. Pré-enquête</b> .....	4
<b>3. LA SCHIZOPHRÉNIE</b> .....	5
<b>3.1. Généralités sur la schizophrénie</b> .....	5
3.1.1. <i>Définitions</i> .....	5
3.1.2. <i>Étiologie et facteurs de risque</i> .....	5
3.1.3. <i>Signes cliniques</i> .....	6
3.1.4. <i>Prise en soin et traitement</i> .....	7
<b>3.2. Origine de la violence chez le schizophrène</b> .....	7
<b>4. LA RELATION DE SOIN</b> .....	9
<b>4.1. Qu'est ce que la relation de soin ?</b> .....	9
<b>4.2. La relation de soin : l'approche soignante du malade</b> .....	9
<b>4.3. La relation soignante en psychiatrie</b> .....	11
<b>5. LA VIOLENCE</b> .....	12
<b>5.1. Le concept de violence</b> .....	13
5.1.1. <i>Définitions</i> .....	13
5.1.2. <i>Les différents types de violence</i> .....	14

<b>5.2. Les facteurs induisant la violence</b> .....	15
5.2.1. <i>Les éléments exogènes au patient</i> .....	15
5.2.2. <i>Le soignant lui-même</i> .....	16
<b>5.3. Violence : Comment l'anticiper ?</b> .....	18
<b>6. LES ÉMOTIONS</b> .....	20
<b>6.1. Généralités</b> .....	20
6.1.1. <i>Définitions</i> .....	20
6.1.2. <i>Les quatre grandes émotions</i> .....	21
<b>6.2. Les émotions face à la violence</b> .....	21
6.2.1. <i>Le ressenti émotionnel lors d'une situation de violence</i> .....	21
6.2.2. <i>Les mécanismes de défense</i> .....	23
<b>7. EMERGENCE DE LA PROBLEMATIQUE</b> .....	25
<b>8. CONCLUSION</b> .....	27

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

Annexe I : Guide d'entretien

Annexe II : Grille d'analyse des entretiens

Annexe III : Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier

## 1. INTRODUCTION

La violence est un phénomène présent dans nos sociétés depuis toujours. Quel que soit le pays où nous vivons, le lieu où nous exerçons, nous pouvons y être confrontés à tout instant. Même en tant qu'infirmier nous pouvons rencontrer cette situation à un moment de notre carrière. Ainsi les secteurs de soins où la violence est la plus présente, la psychiatrie se hisse au premier rang des trois services les plus touchés avec un taux de 25%. Viennent ensuite les urgences (15%) et la médecine générale (12%). De plus, 93% des violences en psychiatrie sont commises par des patients. Les soignants représenteraient 25 % des victimes<sup>1</sup>.

C'est pourquoi j'ai souhaité réaliser un travail de recherche afin de comprendre la violence dans sa globalité. Ce thème m'a aussi interpellée car c'est une situation que j'ai pu vivre pendant ma formation dont je n'ai pas su gérer seule. Avoir vécu un épisode de violence sans pouvoir comprendre ses motivations, et se demander comment réagir par la suite dans la relation de soin, sont les raisons qui m'ont incité à approfondir ce sujet. Par ailleurs, je me suis questionnée sur les émotions que l'on pouvait ressentir face à la violence et ce que cela pouvait engendrer dans la relation soignant-soigné.

Je m'intéresserai donc dans un premier temps à la pathologie psychiatrique dont été atteinte la patiente violente : la schizophrénie. Puis je me pencherai sur la relation de soin, et plus particulièrement en psychiatrie. Ensuite je poursuivrai mon développement sur le concept de violence dans sa globalité. Enfin je terminerai mon travail de recherche sur les émotions et le ressenti émotionnel des soignants.

Afin de rendre la lecture de ce travail plus cohérente et plus pertinente, je mêlerai mes recherches documentaires aux témoignages des soignants que j'ai pu recueillir lors de mes entretiens infirmiers.

---

<sup>1</sup>Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier *Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier de 2011*. Disponible sur [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan\\_national\\_des\\_remontees\\_des\\_signalements\\_d\\_actes\\_de\\_violence\\_en\\_milieu\\_hospitalier\\_-\\_annee\\_2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_national_des_remontees_des_signalements_d_actes_de_violence_en_milieu_hospitalier_-_annee_2011.pdf) (consulté le 22 mars 2013)

## **2. CONTEXTE DE L'ETUDE**

### **2.1. Situation d'appel**

La situation s'est déroulée lors de mon stage de deuxième année au sein d'une unité de psychiatrie, avec Mme V, patiente schizophrène, entrée pour agression physique sur son médecin psychiatre de ville. Elle a été également transférée dans ce service pour agression sur un infirmier d'un autre pavillon.

Après avoir fait la distribution des médicaments, je suis allée ranger le chariot dans la salle de soins afin d'éviter tout risque inutile en laissant le chariot de médicament sans surveillance. Alors que je retournais à la salle à manger, j'ai croisé Mme V. qui m'attendait dans le couloir. Elle m'a demandé, d'un ton froid, si elle pouvait avoir son document pour sa permission du week-end. Je lui ai répondu que le médecin responsable de son hospitalisation n'était pas encore arrivé et qu'il viendrait cet après midi, qu'il fallait donc patienter encore un peu. Mme V s'est énervée en me reprochant que si elle ne sortait pas ce serait de ma faute. Je lui ai expliqué calmement que d'une part c'est le médecin qui décidait des permissions de sortie et non moi, et d'autre part que s'il approuvait sa sortie temporaire cela serait appliqué. Mme V s'est révolté de plus belle et a commencé alors à s'agiter physiquement et à proliférer des insultes à mon égard. Elle me signala d'un ton menaçant que si elle n'avait pas l'autorisation j'allais « le payer cher ».

Ne me sentant pas capable de régler ce problème seule, je décidais d'aller chercher un infirmier, qui pourrait dénouer la situation avec moi. A notre arrivée, Mme V qui faisait les cent pas se précipita sur nous comme une furie. L'infirmier mit les mains devant lui pour l'arrêter, et lui demanda de se calmer si elle voulait qu'on l'écoute. Ne sachant pas comment réagir, je restais en retrait de la scène et laissait l'infirmier prendre en main la situation. Mme V lui réitéra sa demande en lui stipulant que je n'avais pas voulu lui donner son document. Il lui répondit que ce n'étaient pas aux étudiants de décider de cela mais au médecin, et que si elle ne se calmait pas, c'était sûr qu'elle ne sortirait pas. A son discours, Mme V resta figée et partit sans dire un mot dans sa chambre.

## 2.2. Questionnements et cheminement

Cette situation a été pour moi différente de la relation avec les autres patients. En effet, je n'ai pas réussi à gérer cette confrontation avec la patiente. Les émotions (la peur et le stress) que j'ai ressenties à ce moment là m'ont empêché d'agir et même de réfléchir au dénouement de la situation. C'est pourquoi plusieurs questionnements me sont venus à l'esprit.

Dans un premier temps je me suis demandé ce qu'était la schizophrénie ? Quelles en étaient ses caractéristiques ? Quel rôle le soignant devait-il avoir pour aider à la stabilisation du patient ?

La situation elle même m'a questionnée : de quelle façon peut-on gérer la peur face à un cas comme celui-ci en tant que jeune infirmier ? Aurais-je pu anticiper ce comportement agressif ? Qu'est ce qui est mis en place pour la sécurité des soignants en milieu psychiatrique ?

D'autres interrogations sur le soin et la relation soignant/soigné m'ont aussi interpellé : Peut-on soigner des patients schizophrènes tout en étant en sécurité ? Quel impact la peur de l'infirmier face au patient psychotique peut-elle avoir dans la relation de soins ? La peur engendre-t-elle forcément quelque chose de négatif ou peut-elle aider le soignant à se créer des outils de défense ? Peut-on soigner en ayant un sentiment d'insécurité ?

Enfin, je me suis questionné à propos de la violence en psychiatrie et notamment qu'est ce que la violence ? Comment réagir face à une situation de violence ? Quelles conséquences les situations de violence peuvent-elles avoir sur les infirmiers qui débutent dans ce milieu ?

J'ai commencé à répertorier les différents champs de compétences qui ressortaient de mon questionnement : la psychologie – sociologie – anthropologie (avec les concepts de conflit, violence ; les émotions) ; les processus psychopathologiques et la schizophrénie ; les soins infirmiers et la gestion des risques avec le risque probable de violence dans ce cas précis et les soins relationnels avec la difficulté de communication dans un contexte de violence.

Puis j'ai effectué des recherches bibliographiques sur le thème de la violence en psychiatrie. Laurent MORASZ, psychiatre, s'y est intéressé et j'ai pu commencer mes premières lectures grâce à son œuvre : « Comprendre la violence en psychiatrie ».

Mes questionnements m'ont amenée également à faire des recherches sur la gestion des émotions et les soins infirmiers en psychiatrie. J'ai lu quelques articles sur le sujet et notamment dans les revues de Santé Mentale.

A partir de ces divers écrits, j'ai pu expliciter ma question de départ :

**En quoi les émotions ressenties par l'infirmier influencent-t-elles la relation de soin lors d'un contexte de violence chez un patient schizophrène ?**

### **2.3. Pré-enquête**

Afin de recueillir des informations auprès du personnel soignant, j'ai privilégié la méthodologie des entretiens semi-directifs avec l'élaboration d'un guide anonyme. Celui-ci, regroupait huit questions avec des sous questions sur quatre thèmes et sur une durée d'environ vingt minutes.

J'ai réalisé ma pré-enquête dans une unité psychiatrique d'hospitalisation complète. J'ai choisi ce lieu car c'est un secteur qui prend en soin plusieurs patients avec différentes pathologies et notamment la schizophrénie. C'est une unité qui présente un côté ouvert et un côté fermé, ainsi que des chambres d'isolement. J'ai eu l'accord de la cadre de santé du service sans difficulté et avec qui j'ai pu faire part de mon choix et du nombre de personnes interviewées. Avec l'autorisation des participants, ils ont été enregistrés pour une meilleure retranscription, mais aussi pour éviter de perdre des informations précieuses. Ces entretiens se sont déroulés pendant la période de mars/avril.

J'ai interrogé quatre infirmiers ayant choisi de venir travailler en psychiatrie et qui n'ont pas exercé ailleurs que dans ce domaine :

- Le premier interviewé est un homme, qui a 35 ans d'expérience en psychiatrie et fait partie de la formation Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP).
- La deuxième interviewée est une femme, ayant 11 ans d'expérience. Elle n'a pas reçu de formation particulière depuis qu'elle travaille en psychiatrie.
- Le troisième interviewé est un homme avec trois mois d'expérience. Il est diplômé du nouveau programme infirmier. Il a réalisé trois stages en psychiatrie pendant sa formation.
- La quatrième interviewée est une femme ayant quatre mois d'expérience. Elle est également diplômée du nouveau programme infirmier et a effectué deux stages en psychiatrie lors de sa formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).



### **3. LA SCHIZOPHRÉNIE**

#### **3.1. Généralités sur la schizophrénie**

##### *3.1.1. Définitions*

Le terme de schizophrénie a été créé au début des années 1900 par le psychiatre suisse Eugen BLEULER. Contestant le terme de « démence précoce » utilisé jusqu'alors par les autres psychiatres, BLEULER le remplace par celui de « schizophrénie » afin d'illustrer l'idée d'une fragmentation de l'esprit. En effet, les racines grecques du mot schizophrénie sont formées de deux parties : « schizo » qui veut dire fractionnement et « phrénie » qui désigne l'esprit<sup>2</sup>.

La schizophrénie est définie par Laurent SABBAAH (chef de clinique d'un grand hôpital parisien) (2010) comme *une psychose chronique caractérisée par des idées délirantes et/ou un discours et un comportement désorganisés associés à une perturbation majeure de la vie sociale, professionnelle et affective*<sup>3</sup>.

##### *3.1.2. Étiologie et facteurs de risque*

Les recherches actuelles sur la schizophrénie n'ont aboutit à aucune conclusion étiologique certaine. Mais des facteurs peuvent être pris en compte quant à l'origine de la pathologie. Par exemple, la génétique (où le risque de développer la schizophrénie est plus important si l'on a un parent atteint de la maladie); mais aussi des facteurs biologiques (trouble du métabolisme de la dopamine); ou encore des facteurs psychologiques (le psychanalyste Freud explique que la schizophrénie serait un trouble de l'intégration de l'esprit dans les limites du corps lors du stade oral chez l'enfant); et le dernier élément qui pourrait expliquer cette manifestation est celui lié au contexte social et environnemental (le stress social, la solitude, peuvent être en lien avec l'apparition de la maladie).

---

<sup>2</sup>Association des journées de la schizophrénie *Origine du mot « schizophrénie »*. Disponible sur : [http://www.info-schizophrenie.ch/?page\\_id=204](http://www.info-schizophrenie.ch/?page_id=204) (consulté le 22 mars 2013)

<sup>3</sup> SABBAAH L. (2010), *Mémo infirmier : Processus psychopathologique*, Issy-les-Moulineaux p°56

### 3.1.3. *Signes cliniques*

Le « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV » (DSM-IV) regroupe quatre critères pour évoquer le diagnostic de la schizophrénie : des idées délirantes ; des hallucinations ; un discours discordant ; un comportement grossièrement désorganisé ou catatonique et des symptômes négatifs. C'est une pathologie qui englobe donc plusieurs signes significatifs et évocateurs qui sont répertoriés comme suit :

- Les symptômes positifs qui regroupent :
  - ~ Le délire : avec des mécanismes délirants et des hallucinations.
  - ~ Le syndrome d'automatisme mental : conviction de ne plus être maître de sa propre pensée, ou sensation qu'une force extérieure contrôle et influence l'activité psychique, la perception et la liberté d'action.
  - ~ Le syndrome de dépersonnalisation : sentiment de détachement de son corps et impression d'être devenu un observateur extérieur de celui-ci.
- Les symptômes négatifs qui correspondent à un repli autistique avec perte de contact avec la réalité extérieure ; une désorganisation de la vie affective et des troubles du comportement.
- La dissociation : La dissociation est un terme qui définit le fait que la pensée, l'acte et l'affect ne sont plus reliés harmonieusement.  
Elle peut s'observer à différents niveaux :
  - ~ La pensée : barrage, pensée floue
  - ~ Le langage : néologisme, néolangage
  - ~ Les affects : ambivalence
  - ~ La psychomotricité : bizarreries, catatonie, stéréotypie
- Les troubles cognitifs pouvant être touchés :
  - ~ L'attention
  - ~ La concentration
  - ~ Le manque de tolérance à l'effort
  - ~ La mémoire
  - ~ Les fonctions exécutives (difficulté à conceptualiser les gestes pour réaliser une tâche, anticiper les conséquences)

#### 3.1.4. *Prise en soin et traitement*

Les objectifs principaux de la prise en charge et du traitement vont être d'améliorer la qualité de vie du patient en diminuant les symptômes, les crises et en évitant l'évolution de la maladie. Pour cela, il sera nécessaire que le patient prenne et comprenne le traitement qui lui est prescrit. La prise en soin se fera sur le long terme avec un accompagnement et un suivi extrahospitalier. L'hospitalisation est nécessaire pour certains patients. Elle va permettre de faire un point sur l'état de santé du malade et d'adapter ou réadapter le traitement. Les principaux médicaments utilisés sont les neuroleptiques. Ils sont choisis selon leur mode d'action sur les symptômes. Une prise en charge globale et multidisciplinaire sera également indispensable. En effet, une fois hors de l'hôpital, le patient devra être aidé pour les actes de la vie quotidienne, mais aussi pour les démarches sociales et économiques.

### **3.2. Origine de la violence chez le schizophrène**

Laurent MORASZ explique que l'origine de la violence chez les schizophrènes existerait depuis la petite enfance, causée par le manque de repère dans la relation mère/enfant. Les agissements de violence exprimeraient un moyen de protection que le malade met en place pour extérioriser ses pulsions. Il est donc important d'accorder du sens à la nature de ces gestes.

Ce psychiatre explique aussi que le passage à l'acte peut être une solution violente à une tension interne liée à une angoisse de morcellement qui n'arrive pas à se structurer dans un vécu délirant précis. La violence dans ce cas là est un débordement accumulatif après des tentatives de contenance, parfois désespérées. Ces passages à l'acte sont donc souvent annoncés<sup>4</sup>. Il décrit deux types de violence chez le schizophrène. « L'acting » délirant qui sont des passages à l'acte de violence liés à la structuration du délire paranoïde chez les schizophrènes et « L'acting » dissociatif caractérisant un passage à l'acte qui semble immotivé, sans raison apparente<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> MORASZ L. *Comprendre la violence en psychiatrie* p°119

<sup>5</sup>Ibid. p°121-124

Louis HECKTOR rejoint Laurent MORASZ en ce qui concerne l'explication de l'origine de la violence chez le schizophrène. Celui-ci pense que les états d'agitation psychotique sont parfois consécutifs à un état délirant aigu, dans les cas de bouffées délirantes aiguës ou lors de moments féconds au cours de délires chroniques, schizophréniques ou non. Le sujet est plongé dans une expérience prégnante où l'angoisse déterminée par le bouleversement de ses rapports au monde, alimente l'agitation comme le vécu délirant. Les hallucinations auditives et les ordres envoyés par des voix déterminent parfois des passages à l'acte extrêmement violents<sup>6</sup>.

### Ce qu'en pensent les professionnels :

L'origine de la violence chez le schizophrène était un point sur lequel j'ai souhaité avoir l'avis des professionnels, savoir comment eux la percevaient dans leur travail au quotidien. Les quatre infirmiers interrogés répondent à l'unanimité que l'origine de la violence est liée au délire, que ce soit par la souffrance causée par celui-ci ou le sentiment de persécution qu'il engendre, comme me l'expliquent les deux jeunes infirmiers.

L'infirmière d'expérience ajoute que la peur peut être génératrice de violence. Elle pense aussi que « *c'est le même mécanisme pour tout le monde, sauf que chez nous ce n'est pas induit par une voix* ». D'autres éléments en lien avec le patient sont énoncés par le jeune infirmier. Il m'explique que la frustration et la personnalité du patient peuvent être à l'origine de cette violence. L'infirmière d'expérience s'accorde avec lui également sur ce point.

La violence chez le schizophrène est donc, comme l'expliquent la théorie mais aussi les soignants, causée en grande partie, par son délire induit par sa psychose. Mais, d'après les infirmiers elle serait aussi liée à la personnalité de chacun, à leur seuil de tolérance à la frustration. Tout individu aurait donc un potentiel de violence en lui. Ce qui différencie le schizophrène des autres c'est qu'il est dans un état délirant qui l'angoisse et peut engendrer une montée d'agressivité plus rapidement que des personnes n'ayant pas de trouble psychique. Mais Laurent MORASZ insiste aussi sur le fait que la violence peut rester un acte immotivé sans raison apparente. Le délire est donc responsable du passage à l'acte dans la plupart des cas mais il ne faut pas oublier que tout individu a sa personnalité et son vécu qui peuvent également influencer sur la violence.

---

<sup>6</sup>HECKTOR L. La violence mots pour maux. *Santé mentale* n°82. p°30

## **4. LA RELATION DE SOIN**

### **4.1. Qu'est ce que la relation de soin ?**

Selon deux psychologues Alexandre MANOUKIAN et Anne MASSEBEUF (2008), la relation est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. Ce sont ces caractéristiques qui rendent une relation singulière entre des êtres humains. Elle est fondée sur l'échange et la communication « avec son corps, sa parole et son affectivité » ; c'est également ce qui la rend unique<sup>7</sup>.

La relation de soin est définie officiellement dans l'article 2 du décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier de la façon suivante : « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* »<sup>8</sup>.

### **4.2. La relation de soin : l'approche soignante du malade**

La relation de soin est plus ou moins complexe. Elle englobe divers types de relation : relation de dépendance du soigné vis-à-vis du soignant, relation d'aide, relation de corps à corps, relation d'autorité, relation de coopération. Elle s'inscrit dans une temporalité (elle doit avoir un début et une fin) et demande au soignant de s'adapter à la personne, au lieu d'hospitalisation, à la situation de soin. C'est une approche globale de la personne ; le soignant doit prendre en compte les dimensions physiques, émotionnelles, intellectuelles, spirituelles et sociales de la personne soignée<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> MANOUKIAN A., MASSEBEUF A. (2008), *La relation soignant-soigné*, Paris p°12

<sup>8</sup> Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 7 janvier 2013)

<sup>9</sup> Cours magistral de Mme MARIOTTI sur les différents types de relation (S2 - UE 1.1)

Certains concepts et attitudes mis en avant par le psychologue, Carl ROGERS, peuvent nous aider à fonder une relation de soin : Le respect ; Le soutien ; L'empathie ; L'écoute (active et passive) ; Le non jugement de la personne ; « Le temps de prendre le temps ». D'autre part, le savoir faire de l'infirmier (grâce à son expérience et ses compétences) faciliteront d'autant plus cette relation. D'autres éléments comme la reformulation, la communication verbale et non verbale, les émotions, la juste distance vont être des atouts pour créer un lien relationnel entre le soignant et le soigné. Elle est donc essentielle pour l'infirmier car celle-ci lui permettra d'instaurer une relation de confiance avec son patient et favorisera l'échange et la compliance aux soins de celui-ci lors de sa prise en charge. Le soignant devra être en capacité de mettre en place les concepts et les attitudes essentiels pour pouvoir créer ce lien relationnel<sup>10</sup>.

A propos de la relation de soin en psychiatrie, Laurent MORASZ la qualifie d'élément fondamental mais également de quelque chose difficilement objectivable. Contrairement aux soins somatiques, cette relation est plus subjective et repose sur des processus précis qui fondent sa valeur thérapeutique<sup>11</sup>.

Il rejoint Carl ROGERS quant à certains concepts qui sont indispensables en psychiatrie comme la communication, savoir mettre une bonne distance. Il ajoute également les notions de transfert et de contre transfert. Le transfert est défini comme un « *processus selon lequel le patient réactualise ses conflits infantiles en projetant sur le thérapeute l'image de ses parents et les sentiments qu'il a éprouvés envers eux* »<sup>12</sup>. Le contre transfert, quant à lui, est un « *ensemble des réactions inconscientes de l'analyste vis-à-vis du patient et qui peuvent interférer avec son interprétation* »<sup>13</sup>.

#### Ce qu'en pensent les professionnels :

Lorsque que je leur demande quels concepts et valeurs les infirmiers mettraient-ils plus en avant en psychiatrie que dans un autre service, de nombreux éléments sont évoqués. Certaines notions comme l'écoute, l'observation, le relationnel semblent essentiels pour les quatre soignants interrogés.

---

<sup>10</sup> Ibid.

<sup>11</sup> MORASZ L. *L'infirmier en psychiatrie* p°97

<sup>12</sup> Larousse – Définition du mot 'Transfert' selon la psychanalyse. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transfert/79100> (consulté le 29/04/2013)

<sup>13</sup> Larousse – Définition du mot 'Contre-transfert'. Disponible sur [http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contre-transfert\\_contre-transferts/18902](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contre-transfert_contre-transferts/18902) (consulté le 29/04/2013)

D'ailleurs, l'infirmier expérimenté insiste particulièrement sur cette valeur : « *Ce qui me semble primordial, c'est le contact avec les patients. Il faut qu'ils sentent qu'ils ne sont pas rejetés. Moi c'est ça ma valeur primordiale* ».

Pour les deux infirmiers, un autre élément est important en psychiatrie : La rigueur de l'équipe pour la prise en charge. Le jeune infirmier explique « *qu'il faut une cohésion en psychiatrie, je pense comme dans tous les services aussi mais là peut être plus* ».

Chaque soignant a ses propres concepts de la relation de soin. Malgré tout, certaines valeurs professionnelles sont redondantes. L'observation, le relationnel et l'écoute sont tous les trois évoqués par les soignants mais aussi spécifiés dans les recherches théoriques que j'ai pu effectuer. J'en conclus donc que ce sont des notions importantes dans la relation de soin en psychiatrie.

La notion de cohésion en équipe pour la prise en charge évoqué par le jeune infirmier m'a interpellé, car c'était une valeur à laquelle je n'avais pas pensé, ni effectué de recherches et qui me semble importante à souligner et à respecter.

### **4.3. La relation soignante en psychiatrie**

Le travail relationnel du soignant est de créer "un filtre protecteur" entre le patient et ses pulsions, d'instaurer un cadre thérapeutique à la fois souple et rigide pour lui permettre d'évoquer ses pulsions, qu'il ne peut contenir. C'est l'une des valeurs thérapeutiques décrite comme essentielle par Laurent MORASZ. Le soignant devra être en mesure de pouvoir moduler les éléments qui influent sur les pulsions des patients. Cela passe par des choses toutes simples comme restreindre les visites ou au contraire stimuler le patient à être en contact avec autrui. Le patient doit sentir un espace assez libre pour s'exprimer tout en sachant qu'il existe des limites et c'est ce qui fera la qualité de la relation<sup>14</sup>.

La place du soignant est donc d'arriver à contenir la souffrance du patient (car il ne peut y faire face seul) mais aussi ses émotions, ses affects. L'infirmier devra, avec son malade, trouver un sens à ses pulsions, lui faire verbaliser son mal être afin que celui-ci puisse sentir que son soignant est présent et engagé<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> MORASZ L. *L'infirmier en psychiatrie* p°101

<sup>15</sup> Ibid. p°109

La psychiatrie est un lieu où la relation de soin peut être difficile à créer. En effet certains éléments comme savoir tenir une bonne distance entre le soignant et le patient, abaisser les défenses psychiques, avoir conscience des émotions, prendre en considération la pathologie psychiatrique sont en cause. Une étude menée par VANDERMOUTEN et DUBREUCQ sur l'épuisement professionnel a montré que celle ci pouvait être liée à la violence. En effet la violence induirait un stress important chez les soignants travaillant dans la santé mentale<sup>16</sup>. Un changement d'attitude (distance, apathie, irritabilité...) ont pu être observé chez les infirmiers victimes de violence. Dans cette explication, Laurent MORASZ insiste aussi sur le fait qu'entrent en jeu également d'autres éléments tels que l'organisation personnelle du travail, l'histoire de vie et la personnalité du soignant mais aussi l'organisation institutionnelle, le travail en équipe<sup>17</sup>.

#### Ce qu'en pensent les professionnels :

Quand je souhaite savoir si les situations de violence ont modifié la relation qu'ils avaient avec les patients, leurs avis sont partagés. L'infirmier expérimenté, qui a vécu plus de situation de violence que les autres interviewés, me dit que oui, en effet, il a modifié sa relation avec les autres patients. Une nouvelle distance thérapeutique s'est installée et à chaque situation de violence il le signale et reparle de ce qui s'est passé avec le patient et/ou l'équipe. Pour lui « *il ne faut pas penser qu'il ne s'est rien passé, ça ne serait pas bon* ». A l'inverse, les autres soignants s'accordent à dire qu'ils n'ont pas modifié la relation avec les patients, qu'il faut toujours rester rassurant pour justement éviter « *un effet débordant* ».

Il va de soi qu'être soignant c'est avant tout être humain, et chaque humain ressent des émotions. Par son vécu, ses expériences, sa personnalité, chacun va réagir différemment aux situations. Comme ont pu me relater les infirmiers qui ont fait le choix de ce milieu de soin, la plupart n'ont pas modifié leur relation de soin ni leur façon d'effectuer leur travail avec les patients. Certes l'infirmier ayant eu plus d'expérience a éprouvé le besoin de mettre une distance. C'est pourquoi je suppose que le soignant peut modifier la relation de soin en fonction de son vécu et de l'expérience qu'il peut avoir face à la violence mais aussi de sa personnalité. Je pense aussi que le choix de travailler dans le lieu de soin que l'on souhaite influe également sur la relation de soin.

---

<sup>16</sup> Ibid p°113

<sup>17</sup> Ibid. p°124



## **5. LA VIOLENCE**

### **5.1. Le concept de violence**

#### *5.1.1. Définitions*

La violence est un concept qui est resté longtemps sans définition car c'est à la fois complexe et difficile à déterminer. D'ailleurs, plusieurs définitions existent et chacune est propre à son domaine.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2002), la violence est définie comme 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. Cela comprend aussi bien la violence interpersonnelle que les comportements suicidaires et les conflits armés.

Cette définition couvre également toute une série d'actes qui vont au-delà des actes de violence physique, incluant menaces et intimidation. Outre la mort et les traumatismes, elle englobe la multiplicité des conséquences souvent moins évidentes des comportements violents, comme les atteintes psychologiques et les problèmes de carence et de développement affectifs qui compromettent le bien-être individuel, familial et communautaire<sup>18</sup>.

Bernard E. GBEZO, docteur en psychologie sociale, explique que la violence est une force brutale, aveugle, dans un mouvement pour projeter vers l'extérieur un ressenti jugé insupportable à l'intérieur ; c'est un mouvement défensif que le cerveau met en œuvre en vue d'atteindre un objectif. Dans la violence, on s'intéresse à soi-même, sans considération pour autrui. L'énergie déployé sert à dominer, à contraindre par la force ou l'intimidation. Celui qui subit la violence a l'impression de n'être réduit qu'à un simple objet<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Rapport mondial de l'OMS sur la violence et la santé (2002)

<sup>19</sup> E GBEZO B. (2011), *Les soignants face à la violence* p°16

### 5.1.2. *Les différents types de violence*

Deux médecins du travail d'un hôpital de Lyon, Dr FORISSIER et Dr VOLKMANN ont classifié les différentes situations de violence à l'hôpital et y ont apporté une définition :

- La violence physique est définie comme une violence exercée sur le corps même de la victime qui porte atteinte à son intégrité : coups et blessures, voies de faits (actes considérés comme moins graves car non visualisables : bousculades, crachats, cheveux arrachés...).
- La violence morale et/ou psychologique regroupe toute action (geste, parole, écrit, comportement, attitude) qui porte atteinte de façon durable par sa gravité ou sa répétition à l'intégrité morale ou psychologique de la personne humaine ou du collectif de travail.
- L'agressivité verbale et les incivilités sont des propos « infériorisant » ou dégradants, itératifs ou non, dépendant de normes sociales, culturelles de façon isolée ou en public, portant atteinte à l'intégrité psychologique du sujet. Cette violence peut toucher l'individu ou le collectif de travail<sup>20</sup>.

#### Ce qu'en pensent les professionnels :

J'ai voulu savoir ce que le terme de violence renvoyait aux soignants. Chaque infirmier a une image bien précise de ce qu'est la violence. Pour l'infirmière expérimentée la violence c'est « *la crise* ». Les deux jeunes infirmiers pensent à tout ce qui est de l'ordre de l'auto et hétéro agressivité. Enfin l'infirmier expérimenté représente la violence par « *certaines mots qui blessent* » que peuvent employer les patients.

Chacun m'a parlé de sa sensibilité à tel ou tel type de violence. Pour l'infirmier expérimenté il se dit plus sensible à la verbale qu'à la physique, car d'après lui la violence physique « *ça se gère toujours* ». À l'inverse les autres infirmiers se sentent plus touchés par l'agression physique que verbale. Pour tous les trois, la violence verbale peut plus facilement se gérer. Ce qu'explique l'infirmière expérimentée est que « *la violence verbale c'est plus facile à canaliser, tu peux réussir en prenant un ton calme* ».

La violence est donc un phénomène brutal qui marque les esprits de par les impacts qu'elle entraîne. Les visions que peuvent donner les définitions mais aussi les soignants restent dans le même registre : crise, agressivité, traumatisme, force physique...

---

<sup>20</sup> CARILLO C. (2010), *Être un soignant heureux : le défi* p°72

Même s'il est possible de classer les différentes violences comme le montre les deux médecins de Lyon, ce terme renvoie en chaque soignant des images différentes, propres à chacun. Selon son vécu professionnel et personnel, chaque individu va être plus réceptif à un type de violence qu'un autre. De ce fait, la gestion de la violence se ferait différemment selon la sensibilité du soignant à telle ou telle sorte de violence.

## 5.2. Les facteurs induisant la violence

### 5.2.1. *Les éléments exogènes au patient*

Il faut savoir que l'hôpital est un lieu très exposé à la violence et les services à haut risque sont les urgences (lieu d'anxiété, de stress, personnes toxicomanes...), les unités psychiatriques (la pathologie mentale accentuant le risque de violence), les services de gériatrie (démences, non satisfaction des besoins fondamentaux...) et enfin les services de médecine interne (sentiment de frustration, peur, angoisse...)<sup>21</sup>.

Différents facteurs peuvent être à l'origine d'une émergence de la violence. Certains sont propres à l'agresseur lui-même : personnalité, traits de caractère, troubles psychiques et comportementaux (alcoolisme, toxicomanies, schizophrénie, démence, confusion par exemple). D'autres sont liés aux personnes victimes (attitude de défense, provocations, stress). L'environnement peut être également propice à générer de la violence chez un individu (établissement hospitalier en libre circulation (exemple des urgences), manque d'information, surcharge de travail, mesure de sécurité inefficace...). D'autres causes telles que le sentiment d'envahissement de son espace vital, un manque ou une mauvaise communication, un manque de respect, une perte d'autonomie peuvent faire basculer dans la violence<sup>22</sup>.

Par ailleurs, Yves MICHAUD (psychosociologue) rajoute que les origines de la violence sont d'un point de vue ethnologique un instinct nécessaire par l'effet de structuration des relations sociales. Mais la violence devient nocive quand l'homme s'éloigne de son premier sens autrement dit mécanisme de défense et d'adaptation. Selon le point de vue neurobiologique, elle est une cause et une conséquence du stress. Quant à la psychanalyse, elle considère la violence comme une composante pulsionnelle originelle<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup> MORASZ L. *Comprendre la violence en psychiatrie* p°7

<sup>22</sup> Ibid. p°9

<sup>23</sup> Ibid. p°18

### Ce qu'en pensent les professionnels :

En ce qui concerne les facteurs influençant la violence, deux éléments ont été communs aux quatre infirmiers interrogés : la rupture thérapeutique et le contact avec les autres patients. Pour eux les interactions et les échanges avec les patients peuvent être source de violence.

Le jeune infirmier me l'a très bien illustré : « *Le patient schizophrène peut être calme et si tu le mets avec un autre patient ayant une autre pathologie il peut très facilement l'emboîmer en fait, lui monter la tête, sur d'autres patients* ».

L'infirmière expérimentée ajoute que « *l'hospitalisation peut leur permettre justement de se sentir plutôt en sécurité* ». Alors que pour la jeune infirmière l'ambiance de la psychiatrie (la chambre d'isolement, les portes fermées, les restrictions...) serait un facteur déclenchant.

Il va de soi que le vécu sur le terrain fait dire aux infirmiers que la rupture thérapeutique est l'un des facteurs de la violence car la pathologie va reprendre le dessus. Mais la cohabitation entre patients de pathologie différente, la personnalité de chacun peuvent être à l'origine de la violence, comme dans tout lieu où deux personnes ayant des avis, idées opposées peuvent avoir des altercations.

Sur le point de vue de l'environnement hospitalier, Laurent MORASZ ainsi que la jeune infirmière s'accordent à dire qu'il peut être un facteur de violence. L'infirmière expérimentée pense qu'au contraire cela peut être un lieu apaisant. D'après mes lectures et mon expérience en psychiatrie, je pense que ce facteur est propre à chaque patient et qu'il peut, soit être porteur d'angoisse, soit au contraire lui permettre de s'apaiser.

#### 5.2.2. *Le soignant lui-même*

Outre la pathologie, le soignant, par ses attitudes et son comportement, peut influencer la violence. Cela peut être soit par sa personnalité, son statut de soignant, signifié par sa blouse, soit par son attitude qu'il renvoie au patient.

Le soignant peut également laisser penser au malade qu'il n'impose aucune limite, aucun cadre dans la relation thérapeutique. Le sexe et l'âge peuvent être également un facteur. Le soignant peut avoir dans sa parole et ses gestes, des attitudes de provocation pouvant être à l'origine d'une montée d'agressivité.

D'autres éléments inconscients comme une méconnaissance du patient et de sa pathologie, le stress, l'épuisement professionnel, la démotivation, des comportements non adaptés peuvent être liées à une montée d'agressivité.

#### Ce qu'en pensent les professionnels :

Lorsque je demande aux soignants si les attitudes de l'infirmier peuvent influencer la violence, tous me répondent que oui, effectivement, elles peuvent être un facteur à l'égard des patients, et chaque interviewé explique les raisons.

Pour les deux infirmiers expérimentés, une mauvaise observation peut être génératrice de violence. L'observation du patient est très importante.

Le jeune infirmier se justifie en disant que si le soignant ne trouve pas les bonnes limites ou le bon cadre thérapeutique cela peut en effet influencer une situation de violence. Pour lui, « *toute la difficulté c'est qu'il faut à la fois être ferme et sans bloquer le patient* ». Enfin la jeune infirmière rajoute que les attitudes et les paroles sont à adapter à chaque situation et à chaque patient.

Sans aucun doute l'attitude de l'infirmier est un facteur qui peut induire la violence. Les recherches théoriques amènent à dire que la plupart de ces facteurs ne sont pas volontaires comme par exemple l'épuisement professionnel, le stress. Or, les soignants qui pensent tous que l'attitude de l'infirmier influe sur la violence, ajoutent que la posture professionnelle entre également en jeu comme le comportement, la parole, le ton employé.

D'après eux, l'observation est l'un des éléments essentiels que le soignant doit posséder pour avoir la bonne attitude envers les patients, savoir comment agir, comment repérer, mais aussi éviter d'amplifier une angoisse présente chez le patient et dont le soignant ne se serait aperçu. Celle-ci s'améliorerait grâce à l'expérience que l'on développe au fil des années de travail dans les soins psychiatriques.

### 5.3. Violence : Comment l'anticiper ?

Claudine CARILLO (formatrice et consultante en ressources humaines) explique que savoir repérer les facteurs déclencheurs d'agressivité et de violence ainsi que les signes physiques précurseurs (rougeur ou grande pâleur du visage ; sueur visible mâchoire et poings serrés ; visage grimaçant ou inexpressif ; gestes exagérés ou violents ; respiration rapide ou bloquée ; regard furieux ou regard fuyant...) permet d'anticiper ou d'éviter une situation de violence. Observer le lieu, les personnes présentes, la présence d'arme potentielle à portée de main du patient, la distance entre le soignant et le patient peut aider à gérer la situation ou éviter un effet d'amplification. La violence n'est souvent pas un acte sans raison, c'est pourquoi il faut mettre des mots sur l'émotion que la personne semble ressentir<sup>24</sup>.

Elle défend l'idée qu'il est possible aussi de désamorcer l'agressivité avant qu'elle ne se transforme en violence en écoutant la personne et en gardant son calme. Il faudra être cohérent entre ce que l'on dit et la façon dont on l'exprime. La présence de plusieurs soignants calmes, respectueux et fermes peut « dissuader » le patient potentiellement violent. De plus cela peut avoir un effet canalisateur sur la colère de celui-ci<sup>25</sup>.

Pour éviter l'effet d'amplification, les soignants devront essayer de contrôler au maximum la situation en tempérant ses réactions (émotions et paroles), en analysant la situation et en évaluant le risque présent. Ils essayeront si possible de sécuriser les lieux et garder une distance professionnelle pour se protéger de toute atteinte physique. Dans toutes les situations de violence, les soignants ne doivent pas hésiter à commencer par une approche d'écoute, ce qui pourrait faire baisser l'agressivité montante<sup>26</sup>.

#### Ce qu'en pensent les professionnels :

J'ai questionné les infirmiers sur la place de la théorie et de l'expérience en psychiatrie et le rôle qu'elles pouvaient jouer ou non pour anticiper la violence. Tous admettent le fait que l'expérience permet d'anticiper. L'infirmier expérimenté pense aussi que « *l'assurance que l'on a auprès des patients* » est un concept essentiel pour gérer la violence, même si l'on n'a pas encore d'expérience. Les deux infirmiers expérimentés rajoutent que par contre l'expérience à elle seule ne suffit pas.

---

<sup>24</sup> CARILLO C. (2010), *Être un soignant heureux : le défi* p°21

<sup>25</sup> Ibid. p°77

<sup>26</sup> Ibid. p°78

Pour la jeune infirmière le savoir des infirmiers expérimentés est important : « *c'est vrai qu'au niveau de ce que peuvent me dire les ISP, j'y prête vraiment attention pour la prise en charge* ». Le jeune infirmier fait le lien entre l'observation et l'expérience et que celle-ci vient avec l'observation.

Au niveau de la connaissance du patient les deux infirmiers confirmés expliquent que connaître le patient et donc son comportement au sein du service aide car cela permet de savoir quelles attitudes adopter auprès du patient et permet aussi d'anticiper sur son comportement.

En ce qui concerne la place de la théorie dans la gestion de la violence, tous les quatre m'affirment que la théorie leur a permis de comprendre pourquoi la violence pouvait apparaître mais qu'il est nécessaire de la lier à l'expérience pour qu'elle soit utile. Ce qui d'ailleurs a bien été compris par les deux jeunes infirmiers : « *tu ne peux pas être un bon infirmier en tout cas en psychiatrie si tu ne lies pas les deux* ».

Dans mes lectures, la place de l'expérience en tant qu'élément anticipateur de violence était peu évoquée, j'ai donc souhaité avoir l'avis des professionnels qui m'ont affirmé que l'expérience avait de l'importance mais qu'elle ne suffisait pas à elle seule. D'après eux, il est très important de bien observer le patient, son comportement. Ils précisent que cela est plus facile quand on connaît déjà le malade, que l'on sait comment il agit dans le service. C'est d'ailleurs ce que j'ai pu retrouver dans mes lectures de Claudine CARILLO.

## 6. LES ÉMOTIONS

### 6.1. Généralités

#### 6.1.1. Définitions

La vie est liée aux émotions. Elles permettent au corps d'avoir une énergie naturelle et de lutter contre ce qui pourrait amener à le détruire. Toutes les émotions qu'elles soient bonnes ou mauvaises nous guident et nous aident à entrer en communication avec soi-même et les individus qui nous entourent. Elles sont donc indispensables pour avancer dans la vie et résoudre les conflits auxquels l'individu peut être confronté.

Pour Klaus SCHERER, professeur en psychologie (2009), « l'émotion est générée par un objet ou un événement et comporte plusieurs composantes: la cognition, la physiologie, l'expression motrice, les tendances à l'action, et le sentiment subjectif »<sup>27</sup>.

Selon les psychothérapeutes, Olivier NUNGE et Simonne MORTERA (1998), « les émotions sont des réactions exprimées authentiquement, c'est-à-dire qu'elles sont une réponse émotionnelle spontanée à un événement précis qui vient de se produire ici et maintenant »<sup>28</sup>. Toutefois, les émotions peuvent être refoulées ou accumulées par l'individu. Les raisons en sont multiples : la culture, l'éducation, le manque de savoir...

Pourtant l'expression de notre ressenti émotionnel est essentielle pour se sentir bien dans notre corps et dans la société car elles nous guident dans nos comportements. C'est pourquoi leur gestion est indispensable.

Klaus SCHERER explique qu'une régulation efficace des émotions signifie habituellement d'être capable de les gérer en accord avec les règles sociales, selon les émotions et les situations. Si nous ne percevons pas correctement nos émotions, il est plus difficile de contrôler notre expression faciale et/ou vocale liée à celles-ci. La capacité à gérer notre ressenti émotionnel dépend également de la personnalité de chacun, puisque la gestion des émotions se base aussi sur nos buts, ainsi que sur la connaissance de soi et de son environnement social<sup>29</sup>.

---

<sup>27</sup> SANDER D., SCHERER K. (2009), *Traité de psychologie des émotions*

<sup>28</sup> NUNGE O., MORTERA S. (1998), *Gérer ses émotions*, Paris p°14

<sup>29</sup> SANDER D., SCHERER K. (2009), *Op. Cit.* p°377



### 6.1.2. *Les quatre grandes émotions*

Les émotions sont multiples et variées. Les plus renommées sont la peur, la colère, la joie et la tristesse.

La peur indique à l'individu un danger, une menace et s'accompagne d'un mécanisme de défense bien connue : la fuite. C'est donc une émotion qui protège des éléments nuisibles et néfastes.

La colère est l'expression du mécontentement, de l'insatisfaction. Grâce à l'énergie qu'elle dégage, elle permet d'exprimer un désaccord. C'est pour cela qu'elle est souvent liée avec l'affrontement. La colère peut être provoquée par la frustration, l'intrusion, ou encore l'atteinte à la liberté.

La tristesse est une émotion ressentie lors d'une acception d'un événement, d'une situation qui ne pourra pas être modifié. Celle-ci peut entraîner un repli sur soi. Mais elle permet à l'homme de se restructurer devant la perte d'un objet, d'une personne.

Enfin, la joie qui est une émotion d'énergie et de vitalité. C'est une aide relationnelle car elle implique que la personne doit s'ouvrir aux autres<sup>30</sup>.

## **6.2. Les émotions face à la violence**

### 6.2.1. *Les mécanismes de défense*

Charlotte MAREAU (docteur en psychologie) et Anne VANEK DREYFUS (psychologue clinicienne) (2007) définissent les mécanismes de défense comme « des stratégies mises en place par le Moi pour défendre le sujet contre l'angoisse suscitée par un conflit intrapsychique ou par des éléments extérieurs. Les défenses ne sont pas pathologiques et font partie du fonctionnement normal et sain d'un individu ». <sup>31</sup>

D'après Martine RUSZNIEWSKI (2004), psychologue et psychanalyste, « toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, d'incapacité de répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui, engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui, s'instaurent à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérante parce que trop douloureuse.

---

<sup>30</sup> Ibid. p°17-18

<sup>31</sup> MAREAU C. et VANEK DREYFUS A. (2007), *L'indispensable de la psychologie*

Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse et s'exacerbent dans les situations de crise et d'appréhension extrême ». <sup>32</sup>

Parmi les nombreux mécanismes de défense existants, Martine RUSZNIEWSKI en a sélectionné neuf des plus courants chez les soignants : Le mensonge ; La banalisation ; La fuite en avant ; La rationalisation ; L'évitement ; La fausse réassurance ; L'esquive ; La dérision ; L'identification projection (ou projection). <sup>33</sup>

Laurent MORASZ pense qu'il est normal de développer des mécanismes de défense, à condition qu'ils n'impactent pas dans notre posture professionnelle et dans la relation de soin avec le patient. Il est donc important de les identifier et de réaliser un travail sur le contrôle de ces mécanismes afin qu'ils n'enfreignent en rien le travail du soignant. <sup>34</sup>

#### Ce qu'en pensent les professionnels :

Je leur ai demandé s'ils avaient développé des mécanismes de défense qui les auraient aidé face à ces situations. L'infirmier ayant vécu le plus de scènes de violence m'indique qu'il a créé une autre distance professionnelle :

« *On se comporte plus tout a fait de la même façon il y a une sorte de distance qui s'instaure* ». L'infirmière expérimentée rejoint l'idée d'avoir une bonne distance thérapeutique et d'être plus sur ses gardes.

Quant aux jeunes infirmiers ils reconnaissent avoir peu d'expérience pour savoir s'ils ont développé des mécanismes, même si le jeune infirmier avoue quand même avoir ajouter une petite touche d'humour dans sa relation avec le patient.

D'après les soignants, avoir vécu une situation de violence n'engendrerait pas de mécanisme de violence, soit parce que comme l'explique la jeune soignante « *c'est peut être trop tôt encore* », soit qu'ils ne s'en sont pas rendus compte jusqu'à ce que je leur pose la question. Les mécanismes de défense sont comme l'explique Martine RUSZNIEWSKI inconscients et personnels. Mais les infirmiers ayant le plus d'expérience avouent mettre une distance thérapeutique de façon à ce qu'ils en soient moins surpris en cas de violence.

---

<sup>32</sup> RUSZNIEWSKI M. (2004), *Face à la maladie grave – Patients, familles, soignants*

<sup>33</sup> RUSZNIEWSKI M. Op. Cit. (2004)

<sup>34</sup> MORASZ L. Op. Cit (2004) p°113

Il est donc possible que les soignants interrogés ne se soient pas aperçus qu'ils pouvaient avoir développé des attitudes de défense face à la violence, car comme le signale Martine RUSZNIIEWSKI ce sont des mécanismes inconscients. L'important est de s'en rendre compte avant qu'ils n'engendrent des conséquences sur la relation soignant-soigné.

### 6.2.2. *Le ressenti émotionnel lors d'une situation de violence*

L'agresseur va ressentir de multiples émotions. Tout d'abord, certaines d'entre elles peuvent l'inciter à passer à l'acte : l'envie avec un sentiment d'infériorité ; la colère qui peut être suscitée par des menaces, une frustration ; le mépris d'une personne ; ou encore le dégoût. Après être avoir agressé sa victime, celui-ci peut ressentir un soulagement, de la honte, de la culpabilité. L'agresseur peut être dans le déni voire dans l'indifférence ou de la satisfaction quant au geste qu'il a effectué.

La victime aussi réagit émotionnellement. Elle peut ressentir de la colère, une perte de confiance en soi, de l'agressivité, de la culpabilité, de l'angoisse, du stress, une remise en question de soi et de ses valeurs, la peur, la rancœur. Mais elle peut essayer aussi de comprendre cette violence<sup>35</sup>.

#### Ce qu'en pensent les professionnels :

J'ai souhaité interroger les soignants sur leur vécu face à la violence. L'infirmier expérimenté me confie qu'il a souvent été confronté à la violence aussi bien physique que verbale. Au moment de ces situations, il se rappelle avoir éprouvé un sentiment de peur, de danger et a ressenti l'envie de se protéger. Il justifie cette peur par le fait que « *ça déclenche tout le processus. Il vaut mieux le faire dans une certaine situation de stress et de peur, ça permet d'être efficace* ». L'infirmière expérimentée, qui a plus été confrontée à la violence verbale qu'à la violence physique, n'a pas ressenti d'émotion particulière sur le moment. Mais elle s'est questionnée sur la manière dont elle a géré la situation et s'est demandée si elle n'aurait pas pu éviter cette montée d'agressivité. Quant aux deux jeunes infirmiers ils ont rarement été confronté à la violence verbale et jamais à la violence physique. Mais lors d'altercations avec des patients, ils ont tout de même ressenti des émotions. Le jeune infirmier a été impressionné même choqué par cette situation. Ce qui en est de même pour la jeune infirmière qui a éprouvé de l'impuissance et de la peur face à la violence émise.

---

<sup>35</sup> MANOUKIAN A., MASSEBEUF A. (2008), *La relation soignant-soigné*, Paris

Dans mes recherches, j'ai pu lire que les situations de violence engendraient une remise en question chez la personne qui les avait subies. J'ai donc souhaité savoir si la violence avait remis en question leur motivation professionnelle. Tous les quatre m'ont répondu que non, qu'ils souhaitaient continuer à y travailler et chacun avec ses propres raisons. L'infirmier expérimenté explique qu' « *Il y a beaucoup d'agressivité verbale, beaucoup de menaces, beaucoup de petits passages à l'acte mais il ne faut pas le nier il faut juste l'avoir à l'esprit* ».

Pour l'infirmière expérimentée cela fait partie du travail en psychiatrie ou comme elle le dit « *les incidents de parcours* ». Le jeune infirmier, lui, souhaite avoir plus d'expérience pour apprendre à la contrôler. Enfin la jeune infirmière n'a pour le moment pas souhaité changer de voie non plus. Ces quatre soignants ont conscience que la violence fait partie de leur quotidien et qu'ils doivent apprendre à la gérer pour éviter que cela ne devienne grave.

Se connaître soi mais aussi connaître ses émotions, fait donc partie du quotidien des soignants en psychiatrie. C'est un travail sur soi qui demande de bien se connaître. La violence qui peut bouleverser et faire resurgir nos émotions n'est donc pas, selon les soignants interrogés, un obstacle dans leur profession. Certes, certaines émotions comme la peur, le stress vont être ressentis mais il n'empêche que la violence n'est pas un facteur qui démotive les soignants dans le choix de travailler en psychiatrie. Il reste à préciser également que d'après les infirmiers que j'ai interviewés, deux d'entre eux n'ont jamais été confronté à la violence physique et ont peu rencontré la violence verbale dans leur service. Même l'infirmière d'expérience dit l'avoir peu vécu. J'émet donc l'hypothèse que la violence fait certes partie du quotidien en psychiatrie mais n'est pas si fréquente que l'on peut s'imaginer.

## **7. EMERGENCE DE LA PROBLEMATIQUE**

Après la confrontation et l'analyse entre les recherches théoriques et les entretiens infirmiers, j'ai pu discerner plusieurs problématiques :

La violence est effectivement présente en psychiatrie mais selon les soignants interrogés elle ne modifie pas la relation de soin avec le patient schizophrène, et ne remet pas en question leur motivation professionnelle. Est ce parce qu'ils savent anticiper et gérer les situations grâce à certains indicateurs d'alerte ?

Deux infirmiers m'ont signalée le fait que la cohésion et la rigueur en équipe peuvent être des éléments déclencheurs de la violence si celles-ci ne sont pas respectées que ce soit par une tension interne de l'équipe de soin ou un discours tenu face à un patient différent à chaque soignant. Je me suis donc demandé si la cohésion en équipe peut influencer la violence d'un patient en psychiatrie.

Enfin, le jeune infirmier qui a peu assisté à des scènes de violence, souhaite justement être plus confronté à celles ci pour apprendre à les gérer afin de pouvoir être « plus professionnel » quand la violence se présentera.

Après plusieurs réflexions, je me suis demandée comment les soignants arrivaient à gérer leurs émotions lors de circonstances difficiles. J'ai donc choisi la problématique suivante :

**En quoi l'expérience de l'infirmier face aux situations de violence est-elle un facteur dans l'apprentissage de la gestion des émotions ?**

Avant de conclure, j'apporterai à mon travail de nouvelles pistes de réflexion sur l'émergence de cette nouvelle problématique et en particulier sur le concept de *l'expérience*.

Patricia BENNER (formatrice en soins infirmiers) explique que l'expérience correspond à l'amélioration de théories et de notions préconçues, au travers de la rencontre de nombreuses situations réelles, qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie. Elle décrit quatre stades dans le développement et l'acquisition de l'expérience<sup>36</sup> :

- L'infirmier novice est celui qui n'a pas encore d'expérience face aux situations auxquelles il sera confronté. Ils sont guidés par des règles qui leur donnent un champ d'action rigide et limité (exemple : les étudiants en soins infirmiers).
- L'infirmier débutant qui a vécu suffisamment de situations réelles pour savoir agir
- L'infirmier compétent qui se sent capable de maîtriser des imprévus et d'être capable d'y faire face.
- L'infirmier performant qui perçoit les situations grâce à l'expérience et les événements vécus

Pour la sociologue, Micheline WENNER, outre les connaissances acquises au cours de la formation initiale, l'infirmier doit apprendre à utiliser tous les acquis de l'expérience résultant des pratiques de soin<sup>37</sup>.

Selon elle, l'expérience de l'infirmier repose autant sur des essais, des actes empiriques, pragmatiques que sur des objets de connaissance théoriques et pratiques. Cet ensemble va constituer la base de l'expérience. Cela se construit bien évidemment avec le temps<sup>38</sup>.

Cette sociologue explique que l'expérience s'acquiert grâce au développement des cinq sens, et notamment, celui de l'observation et du visuel. Elle se construit petit à petit grâce aux nombreux vécus et aux synthèses que le sujet a pu en faire. De plus, si l'infirmier arrive à identifier, reconnaître et mémoriser les objets de connaissance (à savoir la théorie et l'ensemble des pratiques professionnelles) dans les circonstances où ils apparaissent, ils compléteront son expérience<sup>39</sup>.

« *L'expérience est le nom que les hommes donnent à leurs erreurs* »  
**Oscar Wilde** (1856-1900)

---

<sup>36</sup> BENNER P. (1995), *De novice à expert*, Paris p°35

<sup>37</sup> WENNER M. (2006), *L'expérience infirmière*, Paris p°8

<sup>38</sup> Ibid. p°146

<sup>39</sup> Ibid p°163-161

## **8. CONCLUSION**

Grâce à ce travail de fin d'études j'ai pris conscience que la violence, bien qu'elle soit présente dans les soins, n'est pas un obstacle à la prise en charge. Cela m'a permis de comprendre et d'enrichir mes connaissances sur la violence mais aussi sur la relation de soin et les émotions ressenties par les soignants lors de situations difficiles en psychiatrie.

Les recherches que j'ai effectuées mais aussi les entretiens que j'ai réalisés auprès des soignants m'ont permis de confronter la théorie au terrain, ceci dans le but d'avoir de nombreux éléments afin de comprendre les différents concepts abordés. J'ai pu discerner les origines de la violence et me rendre compte que la pathologie du patient y était en grande partie la cause. D'autres facteurs tels que l'attitude du soignant envers le patient m'a fait prendre conscience que le comportement de celui-ci en psychiatrie doit être encore plus adapté aux situations que dans d'autres services de soin.

Par ailleurs, je me suis aperçue que la relation de soin en psychiatrie est fondamentale. C'est pourquoi l'infirmier doit réussir à la mettre en place car c'est là que se joue toute la prise en charge du patient. J'ai aussi pu découvrir qu'un manque de contact, une mauvaise observation peut influencer sur l'émergence de la violence. L'importance du cadre thérapeutique est une notion indispensable pour la relation soignant/soigné car elle va permettre de fixer les limites qui sont nécessaires au patient psychiatrique. Au fil de mon analyse, j'ai pu découvrir que le concept de violence restait propre à chaque soignant. Chacun ayant sa propre vision, sa façon de l'aborder, mais aussi sa manière de la gérer en fonction de son émotivité. De par son vécu et de sa personnalité, les émotions du soignant seront différentes face à la violence et c'est cette différence qui fera qu'elle modifiera ou non la relation de soin.

En tant que future professionnelle, ce travail m'aura aussi permis de mettre en avant certains concepts essentiels tels que l'observation, le respect du patient, le relationnel que j'adopterai pour créer une relation de confiance quelque soit le lieu où j'exercerai. Cependant j'ai pris conscience que chaque infirmier ne réagit pas de la même façon face à la violence. C'est pourquoi j'émet l'hypothèse que c'est à force de se confronter à elle que je saurais gérer la situation mais aussi maîtriser mes émotions.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrages :

- BENNER Patricia (1995), *De novice à expert – Excellence en soins infirmiers*, Paris : InterEditions
- CARILLO Claudine (2010), *Être un soignant heureux : Le défi : Fluidifier les relations et apprivoiser les émotions*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- DEBRAY Quentin (2007), *Nouveaux cahiers de l'infirmière : Psychiatrie I. Syndrome et maladies*, Paris : Masson
- FALCON N., ENYOUMA M. et SOUBEYRAND P. (2002), *Nouveaux cahiers de l'infirmière : Sciences humaines*, Paris : Masson
- GBEZO Bernard (2011), *Les soignants face à la violence*, Reuil-Malmaison : Lamarre
- MANOUKIAN A. et MASSEBEUF A. (2008), *La relation soignant-soigné (3<sup>ème</sup> édition)*, Paris : Lamarre
- MORASZ Laurent (2002), *Comprendre la violence en psychiatrie – Approche clinique et thérapeutique*, Paris : Dunod
- MORASZ L., PERRIN-NIQUET A., VEROT J.P. et BARDOT C. (2004), *L'infirmier en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie*, Paris : Elsevier Masson
- MORTERA S. et NUNGE O. (1998), *Gérer ses émotions : Des réactions indispensables*, Paris : Éditions Jouvenance
- SABBAH Laurent (2010), *Mémo infirmier : Processus psychopathologiques*, Issy-les-Moulineaux : Masson
- WENNER Micheline (2006), *L'expérience infirmière – de la pratique des soins à la transmission des savoirs*, Paris : Seli Arslan



## Articles :

- HECKTOR Louis (2003). La violence mots pour maux. *Santé mentale* n°82

## Documents électroniques :

- [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com) (consulté le 12 décembre 2012)  
<http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-psychiatrie-la-schizophrenie.html>
- [www.info-schizophrenie.ch](http://www.info-schizophrenie.ch) (consulté le 22 mars 2013)  
[http://www.info-schizophrenie.ch/?page\\_id=204](http://www.info-schizophrenie.ch/?page_id=204)
- [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr) (consulté le 29 avril 2013)  
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transfert/79100>  
[http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contre-transfert\\_contre-transferts/18902](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contre-transfert_contre-transferts/18902)
- [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) (consulté le 7 janvier 2013)  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte=&categorieLien=id>
- [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) (consulté le 22 mars 2013)  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan\\_national\\_des\\_remontees\\_des\\_signalements\\_d\\_actes\\_de\\_violence\\_en\\_milieu\\_hospitalier\\_-\\_annee\\_2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_national_des_remontees_des_signalements_d_actes_de_violence_en_milieu_hospitalier_-_annee_2011.pdf)

## Cours magistraux enseignés à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CRHU de Montpellier (promotion 2010-2013) :

- Cours magistral (S.2 – UE 1.1) de Mme MARIOTTI : « Les différents types de relation »
- Cours magistral (S.2 – UE 2.6) de Mr ROUAN : « Les psychoses »
- Cours magistral (S.3 – UE 2.11) de Mr BREUKER : « Les psychotropes »
- Travail de recherche thématique « Les mécanismes de défenses » (S.1 – UE 1.1)

## **ANNEXES**

## Annexe I : Guide d'entretien

Étudiante de troisième année en soins infirmiers, je viens à votre rencontre dans le cadre de mon Travail de Fin d'Étude dont le thème est *l'infirmier et le patient schizophrène dans un contexte de violence*. Je souhaite réaliser avec vous un entretien semi-directif (pour une meilleure analyse) en rapport avec ce sujet. Si vous me le permettez, l'entretien sera enregistré vocalement et durera environ 30 minutes. Il sera totalement anonyme et pourra être interrompu à tout moment si vous le désirez.

**1) Depuis combien de temps exercez-vous dans le domaine de la psychiatrie ?**

- *Est-ce par choix ?*
- *Avez-vous reçu une formation en plus de celle enseignée à l'école d'infirmière ?*

**2) Quels concepts sont essentiels pour vous dans la relation de soin en psychiatrie ?**

- *Quelles valeurs professionnelles l'infirmier doit-il avoir pour créer un lien relationnel ?*

**3) D'après vous, quels éléments peuvent être à l'origine de la violence chez un schizophrène ?**

**4) Que vous évoque le terme « violence » ?**

**5) D'après vous, qu'est ce qui peut influencer une situation de violence ?**

- *Est-ce que l'infirmier (attitudes) peut être un élément influençant ?*
- *L'expérience dans le monde de la psychiatrie importe-t-elle selon vous ?*
- *La connaissance des pathologies et du patient peut-elle aider à l'anticiper ?*
- *Et le sexe du soignant ?*

**6) Avez-vous déjà été confronté ou assisté à une scène de violence ?**

- *Si oui, pouvez-vous me la raconter ?*
- *Qu'avez-vous ressenti (au niveau émotionnel) à ce moment là ? Après la situation ?*

**7) Avoir vécu une situation de violence a-t-elle modifiée la relation de soin que vous entretenez avec les patients atteints de pathologie mentale ?**

- *Avez-vous développé des attitudes de défense ?*
- *Cela a-t-il modifié vos motivations professionnelles ? Si oui pourquoi ?*

**8) Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?**

Je vous remercie de votre participation.

## Annexe II : Grille d'analyse des entretiens

Infirmiers interrogés	<u>IDE 1</u>	<u>IDE 2</u>	<u>IDE 3</u>	<u>IDE 4</u>
Thèmes Sous thèmes	Homme Expérience : 35 ans Le choix de travailler en psychiatrie est venu après la découverte du milieu Formation ISP (a fait beaucoup de stage en psychiatrie)	Homme Expérience : 3 mois Choix personnel Pas de formation (nouveau programme / 3 stages en psychiatrie)	Femme Expérience : 11 ans Choix personnel Pas de formation (ancien programme elle a fait le plus de stage possible en psychiatrie)	Femme Expérience : 4 mois Choix personnel (nouveau programme / 2 stages en psychiatrie)
<u>Relation de soin :</u>				
<i>Concepts / Valeurs :</i>	Être en contact / Avoir une bonne distance thérapeutique / Avoir une cohésion dans l'équipe pour la prise en charge	L'écoute / Le relationnel / La rigueur de l'équipe pour la PEC / La négociation	L'observation et l'écoute	Le respect du patient / La relation de confiance / La relation d'aide
<i>Modification de la relation de soin après une situation de violence ? :</i>	Oui modification. Il y a une distance qui s'installe / Il ne faut pas faire comme si rien ne s'était passé	Non pas de modification ce serait une erreur	Non il faut toujours rester rassurant envers le patient pour justement éviter la violence	Oui mais dans le bon sens le patient sait qu'il a été recardé donc il sait la place du soignant dans la relation
<u>Violence :</u>				
<i>Ce qu'évoque le terme « violence » :</i>	IDE plus sensible à la violence verbale. Pour lui la violence physique se gère toujours	IDE sensible à la violence physique (l'impressionne), un peu moins à la violence verbale	IDE sensible à la violence physique. Dit que la violence verbale se gère plus facilement	IDE sensible à la violence physique. Dit que la violence verbale peut se gérer plus facilement

<i>Facteurs influençant la violence :</i>	Les autres patients (tension entre eux) / Rupture du ttt / Manque de rigueur en équipe	Les autres patients (comportement, pathologie) / Rupture du ttt	Les autres patients (interactions entre eux)	Les autres patients (relation entre eux) / Atmosphère du lieu psychiatrique
<i>Expérience en psychiatrie a-t-elle de l'importance ? :</i>	Oui ça permet d'anticiper mais ça ne fait pas tout. L'assurance que peut avoir l'infirmier est aussi un atout et notamment pour les jeunes (certains gèrent grâce à cette assurance)	Oui ça permet de gérer des situations et notamment grâce à l'observation	Oui l'expérience permet d'aider à gérer ces situations	Oui l'expérience permet d'aider face aux situations de violence. Les conseils des plus expérimentés aident aussi
<i>Sexe de soignant :</i>	Une femme peut autant gérer qu'un homme et notamment pour la violence verbale (sentiment plus apaisant pour le patient)	Une femme équivaut à un homme pour gérer la violence. Le patient ressent plutôt un effet blouse blanche et ne regarde pas forcément le sexe lors de situation de violence	Une femme peut justement être plus apaisante pour le patient. mais on est là en tant que membre d'une équipe	Cela rend la PEC différente comme pour l'âge du soignant
<i>Attitude de l'IDE influe t elle sur la violence ? :</i>	Oui ça y joue s'il n'est pas assez observateur du patient	Oui ça y joue s'il n'arrive pas à trouver le bon cadre thérapeutique les bonnes limites	Oui ça y joue s'il n'est pas observateur du patient il risque d'avoir des attitudes pouvant influencer la violence	Oui par les attitudes et la parole

<u>Émotions :</u>				
<i>Vécu d'une situation violente</i>	A souvent été confronté à la violence (physique et verbale). A ressenti de la peur / Un sentiment de danger / Souhait de se protéger	A peu été confronté à la violence verbale / jamais à la violence physique. A été impressionné / Attristé / Choqué / Marqué	A plus été confrontée à la violence verbale que la violence physique. Sur le coup n'a pas réfléchi, mais après c'est demandé s'il n'y avait pas eu moyen d'éviter cette violence. N'a pas ressenti d'émotion particulière	A peu été confrontée à la violence verbale / jamais à la violence physique. A ressenti de l'impuissance / De la peur
<i>Mécanismes de défense mis en place</i>	Oui une sorte de distance s'est installé	Oui avoir une petite touche d'humour	Oui être plus sur ses gardes, installer une bonne distance professionnelle	Non ne pense pas, trop tôt pour le dire
<i>Modification des motivations professionnelles ? :</i>	Non mais il ne faut pas oublier que la violence ça arrive	Non souhaite voir plus de violence pour pouvoir apprendre à la gérer	Non ça fait partie du travail en psychiatrie	Trop tôt pour le dire, difficile de se projeter encore
<u>Schizophrénie :</u>				
<i>Origine de la violence liée à la pathologie :</i>	Le délire	Le délire, sentiment de persécution / Rupture du ttt / Frustration, enfermement	La peur induite par le délire / Sentiment d'insécurité / Frustration	La souffrance induite par le délire / Les autres patients
<i>Connaitre la pathologie/patient :</i>	C'est important ça permet de comprendre mais ça ne suffit pas. Connaitre le patient aide car on sait l'attitude à adopter et ça permet d'anticiper	La théorie permet d'avoir les bases mais il faut la lier avec le terrain sinon ça n'a aucun intérêt	La connaissance de la pathologie permet de comprendre la violence	La théorie aide mais ne suffit pas. C'est à force de voir les choses que l'on comprend. Connaitre le patient est un plus pour anticiper son cpt

### Annexe III :

## Bilan national des remontées des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier

Structures	Violences signalées 2010	Violences signalées 2011
Psychiatrie	31,67 %	25,19 %
Urgences	13,48 %	15,01 %
Médecine	15,99 %	12,50 %
USLD / EHPAD	4,58 %	4,98 %
Extérieur établissement / sous-sol / jardin /	5,25 %	3,65 %
SSR	2,08 %	2,07 %
Accueil, standard	2,61 %	1,88 %
Chirurgie	1,69 %	1,84 %
Pédiatrie, Néonatalogie	1,38 %	1,34 %
Gynécologie, obstétrique, maternité	1,41 %	1,22 %
Foyer d'enfance / Adolescents	1,43 %	1,13 %
Réanimation	0,22 %	0,45 %
SSIAD / domicile du patient	0,63 %	0,28 %
Vestiaires	0,29 %	0,09 %
Rééducation	0,26 %	0,26 %
UCSA	0,18 %	0,26 %
Services techniques, sécurité	0,22 %	0,19 %
Alcoologie	0,12 %	0,16 %
Pharmacie	0,18 %	0,16 %
Bureau du personnel	0,18 %	0,10 %
UHCD / UHTCD	0,12 %	0,10 %
Addictologie	0,10 %	0,09 %
Laboratoire	0,10 %	0,03 %
Autres	15,85 %	26,96 %

Structures	Atteintes aux personnes Année 2011	Atteintes aux personnes Année 2010
Psychiatrie	26,47%	29,25%
Urgences	15,86%	11,98%
Médecine	11,74%	11,33%
USLD / EHPAD	5,46%	4,26%
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	2,42%	2,53%
SSR	2,13%	1,84%
Accueil, standard	1,85%	1,84%
Chirurgie	1,77%	1,25%
Foyer d'enfance / Adolescents	1,27%	1,39%
Pédiatrie, Néonatalogie	1,23%	1,04%
Gynécologie, obstétrique, maternité	0,85%	0,98%
Réanimation	0,42%	0,13%
SSIAD / domicile du patient	0,32%	0,62%
UCSA	0,30%	0,13%
Rééducation	0,28%	0,23%
Pharmacie	0,18%	0,07%
Alcoologie	0,16%	0,11%
Services techniques, sécurité	0,14%	0,07%
UHCD / UHTCD	0,12%	0,11%
Addictologie	0,10%	0,07%
Bureau du personnel	0,06%	0,05%
Vestiaires	0,04%	0,03%
Laboratoire	0,04%	0,07%
Autres	26,80%	13,45%
Total	100,00%	100,00%

NB : la catégorie « Autres » correspond à des rubriques non renseignées

Répartition par structures des violences touchant le personnel - 2011	%
Psychiatrie	25%
Urgences	17%
Médecine	13%
USLD / EHPAD	5%
Extérieur établissement (sous-sol, jardin, parking)	3%
SSR	2%
Accueil, standard	2%
Chirurgie	2%
Pédiatrie, Néonatalogie	1%
Foyer d'enfance / Adolescents	1%
Gynécologie, obstétrique, maternité	1%
Réanimation	0,50%
SSIAD / domicile du patient	<0,5%
UCSA	<0,5%
Rééducation	<0,5%
Services techniques, sécurité	<0,5%
Pharmacie	<0,5%
Alcoologie	<0,5%
UHCD / UHTCD	<0,5%
Vestiaires	<0,5%
Addictologie	<0,5%
Bureau du personnel	<0,5%
Laboratoire	<0,5%
Autres	24%