



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

**L'EXPERIENCE DU SOIGNANT DANS LA PRISE EN  
CHARGE DE LA VIOLENCE CHEZ LE PATIENT  
PSYCHOTIQUE**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

**POUR LA VALIDATION DES UNITES D'ENSEIGNEMENT 3.4 S6  
INITIATION A LA DEMARCHE DE RECHERCHE ET D'INTEGRATION**

**5.6 S6 ANALYSE DE LA QUALITE ET TRAITEMENT DES DONNEES  
SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELLES**

Rédigé sous la direction de Mme Martine BARMOY, Cadre de santé formateur

**Par Tracey BERNHARDT**

**Promotion 2012-2015  
Janvier, 2015**



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

**L'EXPERIENCE DU SOIGNANT DANS LA PRISE EN  
CHARGE DE LA VIOLENCE CHEZ LE PATIENT  
PSYCHOTIQUE**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDES**

**POUR LA VALIDATION DES UNITES D'ENSEIGNEMENT 3.4 S6  
INITIATION A LA DEMARCHE DE RECHERCHE ET D'INTEGRATION**

**5.6 S6 ANALYSE DE LA QUALITE ET TRAITEMENT DES DONNEES  
SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELLES**

Rédigé sous la direction de Mme Martine BARMOY, Cadre de santé formateur

**Par Tracey BERNHARDT**

**Promotion 2012-2015**

**Janvier, 2015**

*« L'IFSI n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans le travail écrit. Ces opinions doivent être considérées comme propre à l'auteur ».*

## **AUTORISATION D'UTILISATION A DES FINS PEDAGOGIQUES**

*« Je soussignée Mme Tracey Bernhardt, autorise l'institut de formation en soins infirmiers du Centre Hospitalier de Haguenau, à utiliser le contenu de ce mémoire à des fins pédagogiques. »*

## DECLARATION DE NON-PLAGIAT :

*« Je certifie que le présent mémoire est uniquement et totalement le résultat d'un travail personnel de recherche et que toutes les sources auxquelles j'ai pu me référer sont clairement indiquées dans le corps du texte et figurent dans la liste bibliographique en annexe.*

*Je déclare avoir été informée des conséquences disciplinaires en cas de plagiat. »*

Date : Le 05 janvier 2015

Signature : 

*« Le succès n'est pas la clé du bonheur. Le bonheur est la clé du succès. Si vous aimez ce que vous faites, vous réussirez. »*

Albert Schweitzer

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer toute ma reconnaissance à mon Directeur de mémoire, Madame BARMOY Martine, pour m'avoir accompagnée tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je tiens également à remercier mon petit ami pour sa patience, sa confiance et pour avoir toujours cru en moi ; ma fille, qui, par sa simple présence m'a redonné le sourire lors des moments difficiles ; mes parents, pour leurs encouragements et leur soutien durant ses trois années d'études ; ma sœur, pour son aide précieuse, son écoute et ses nombreuses relectures.

Je remercie enfin toute l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Haguenau et tous les soignants que j'ai pu être amenée à rencontrer, pour leur aide et leur disponibilité.

Ce mémoire est dédié à la mémoire de ma grand-mère maternelle, en espérant qu'elle aurait été fière de moi.

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>p.1</b>
--------------------------	------------

## **PARTIE 1 : LA PHASE EXPLORATOIRE : DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE RECHERCHE DEFINITIVE**

1. Description de la situation d'appel.....	p.2
2. Analyse, questionnement et question de départ provisoire.....	p.3
3. Recherches bibliographiques.....	p.6
3.1. Recherches documentaires.....	p.6
3.2. Définitions.....	p.6
3.2.1. La psychose.....	p.7
3.2.2. La schizophrénie.....	p.8
3.2.3. Du soin au prendre soin.....	p.9
3.2.4. La peur.....	p.11
3.2.5. L'agressivité.....	p.12
4. La pré-enquête exploratoire.....	p.13
4.1. Méthodologie, population cible et lieux des entretiens exploratoires.....	p.13
4.2. Analyse des entretiens.....	p.13
4.2.1. Analyse de l'entretien numéro 1.....	p.13
4.2.2. Analyse de l'entretien numéro 2.....	p.15
4.3. Synthèse exploratoire et question de départ définitive.....	p.16
4.3.1. L'émergence de la peur chez le soignant.....	p.16
4.3.2. Les différents moyens afin de palier le comportement violent du patient.....	p.18
4.4. Le terme de violence et d'agressivité.....	p.22

## **PARTIE 2 : DU CADRE CONCEPTUEL A L'HYPOTHESE**

1. Le cadre conceptuel.....	p.24
1.1. L'expérience.....	p.24
1.1.1. Définition.....	p.24
1.1.2. Généralités.....	p.24
1.1.3. L'expérience de l'infirmier(e).....	p.26
1.2. La violence.....	p.27
1.3. L'attitude soignante bienveillante.....	p.29
1.3.1. L'attitude soignante.....	p.29
1.3.2. La bienveillance.....	p.32



2. L'hypothèse.....	p.34
---------------------	------

### **PARTIE 3 : LA PHASE D'INVESTIGATION**

1. La méthodologie de l'enquête.....	p.36
1.1. La nature de l'enquête.....	p.36
1.2. Le choix de la population interrogée.....	p.36
1.3. La construction de l'outil d'investigation et les objectifs.....	p.36
1.4. Le recueil de données.....	p.37
1.5. Le traitement des données.....	p.38
1.6. L'analyse des données.....	p.38
1.7. Les limites de l'enquête.....	p.38
2. Les résultats de l'enquête : l'analyse descriptive.....	p.39
2.1. La présentation.....	p.39
2.2. Thème : l'expérience.....	p.40
2.3. Thème : la violence.....	p.41
2.4. Thème : la bienveillance.....	p.43
3. Les résultats de l'enquête : l'analyse explicative.....	p.45
3.1. Les apports de l'expérience infirmière dans la prise en charge du patient psychotique violent.....	p.45
3.1.1. La connaissance du patient et de sa pathologie.....	p.46
3.1.2. L'attitude soignante face à la violence.....	p.47
3.2. L'émergence de la violence chez le patient psychotique.....	p.48
3.2.1. La pathologie.....	p.48
3.2.2. Le comportement des soignants.....	p.48
3.3. Comment réagir face à la violence ?.....	p.49
3.3.1. Notre attitude personnelle.....	p.49
3.3.2. En corrélation avec l'équipe soignante.....	p.50
3.4. Les éléments pouvant influencer l'attitude bienveillant du soignant lors de sa prise en charge du patient psychotique violent.....	p.51
3.4.1. Les éléments propres aux soignants.....	p.52
3.4.2. Les éléments propres à l'institution.....	p.53
4. La validation de l'hypothèse.....	p.54

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>p.57</b>
------------------------	-------------

<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>p.I</b>
<b>ANNEXE 2.....</b>	<b>p.IV</b>
<b>ANNEXE 3.....</b>	<b>p.V</b>
<b>ANNEXE 4.....</b>	<b>p.XIII</b>

<b>ANNEXE 5</b> .....	<b>p.XIV</b>
<b>ANNEXE 6</b> .....	<b>p.XXXI</b>
<b>ANNEXE 7</b> .....	<b>p.XXXII</b>

***BIBLIOGRAPHIE***

# **INTRODUCTION**

Suite à l'obtention de mon diplôme du baccalauréat, j'ai passé le concours d'infirmière, que j'ai obtenu. Ainsi, j'ai passé trois années à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers qui m'ont été très enrichissantes, non seulement en acquisitions théoriques, mais aussi en expériences et en gain de maturité, grâce à mes nombreux stages, tous différents les uns des autres.

Au travers de mes stages, j'ai vite constaté que j'étais d'avantage attirée par le côté relationnel et humain du soin que par la technicité de ce dernier.

En effet, de nature communicante, je n'ai pas éprouvé de difficultés particulières à aborder les patients.

De plus, n'ayant jamais effectué de stage en milieu psychiatrique, j'attendais avec une certaine hâte ce dernier, car je savais que le soin relationnel constituait un élément fondamental du soin psychiatrique et qu'il me paraissait important d'en connaître aussi les particularités.

C'est donc au semestre 4 que j'ai effectué mon premier stage en psychiatrie et c'est durant celui-ci que j'ai eu le plus de difficultés à entrer en communication avec certains patients, car je ne savais jamais comment je devais les aborder, surtout lors de situations difficiles à gérer, comme la violence d'un patient psychotique. Mes émotions et notamment la peur, prenaient souvent le dessus, et ma capacité à rester soignante était quelque peu entravée, puisqu'au lieu d'aider le patient à aller mieux, je l'évitais. C'est au travers de cette difficulté à rester soignante face à la violence du patient psychotique, que j'ai choisi de travailler mon mémoire.

Ainsi, je vais vous exposer, dans un premier temps, ma situation d'appel vécue en stage, mon questionnement et ma question de recherche.

Dans un second temps, j'essayerai de vous développer mon cadre conceptuel en lien avec mes recherches, suivi de mon hypothèse.

Enfin, je vous ferai part de l'analyse de mon enquête sur le terrain en réponse à mon hypothèse, en terminant par ma conclusion.

**PARTIE 1 : LA PHASE  
EXPLORATOIRE : DE LA  
SITUATION D'APPEL A LA  
QUESTION DE RECHERCHE  
DEFINITIVE**

## 1. DESCRIPTION DE LA SITUATION D'APPEL

La situation a lieu dans un service de psychiatrie en unité fermée, avec Mr B, 40 ans, atteint de schizophrénie paranoïde et hospitalisé à la demande d'un tiers le 18 juin 2013 pour passage à l'acte hétéro-agressif.

Il s'agissait de ma première semaine de stage en psychiatrie. Lors de mon poste d'après-midi, je préviens l'équipe que je vais prendre les paramètres vitaux chez un certain nombre de patients. Mr B m'interpellait plus que les autres car il errait dans le couloir en faisant beaucoup de va-et-vient. Il me fixait du coin de l'œil, était vêtu d'une longue veste noire, d'un bonnet et écoutait de la musique avec son baladeur « MP3 ».

Je me suis dirigée vers Mr B et lui ai demandé s'il était d'accord que je l'accompagne dans sa chambre pour prendre ses constantes. Il ne m'a pas répondu et y est allé de lui-même. Je l'ai donc suivi. Je lui ai successivement mesuré le pouls, la température et la tension, et après lui avoir transmis les résultats, il m'a dit en me fixant du regard : « *vous n'êtes qu'une menteuse* ». Je n'ai pas répondu à sa remarque, et j'ai continué mon travail tout en ayant prévenu l'infirmier des propos tenus par le patient.

Durant l'après-midi, alors que j'étais avec l'infirmier, Mr B est venu de manière inopinée se mettre face à nous et a agressé verbalement l'infirmier à plusieurs reprises en le traitant notamment d'hypocrite, de menteur. Il tenait également des propos délirants de type persécutif en lui disant « *vous avez fait entrer ma mère pour qu'elle m'empoisonne !* » et a fini par tenir des propos menaçants à son égard « *vous n'allez pas vous en tirer comme ça.* ». L'infirmier, tout en essayant de contenir le patient, a mis son bras devant moi afin que je me mette en retrait. Le patient a fini par se calmer et est parti rejoindre sa chambre.

Suite à cette situation, le médecin a pris la décision de prescrire à Mr B une prise en charge en chambre de soins intensifs (CSI) pour agressivité et risque de passage à l'acte. Il a passé 5 jours en CSI, durant lesquels je n'ai eu aucun contact avec lui.

Mr B était constamment dans la méfiance et dans la persécution. Selon lui, il n'avait « *aucun problème* », il ne comprenait pas pourquoi il était hospitalisé. Après que le médecin ait expliqué à Mr B qu'il serait mis en CSI, de nombreux soignants s'étaient mobilisés autour du patient car ils craignaient que ce dernier ne présente un comportement hétéro-agressif. Mais le patient est resté calme et tout s'est bien passé. J'étais étonnée que le patient coopère, alors qu'il était agressif et menaçant quelques minutes plutôt à l'encontre de l'infirmier.

Après la levée de la CSI, le patient ne portait plus constamment sa veste et son bonnet dans le service, mais il restait néanmoins dans la méfiance lors des soins et dans la provocation à l'égard des soignants et de moi-même.

## 2. ANALYSE, QUESTIONNEMENT ET QUESTION DE DEPART PROVISOIRE

Lors de cette situation, différentes difficultés rencontrées m'ont empêchée de garder une posture soignante face au patient.

En effet, tout au long de mes trois années d'études, j'ai appris qu'un « bon » soignant devait avoir de l'empathie envers le patient et garder une certaine neutralité, sans émettre de jugements de valeur. Accueillir, comprendre, aider, prendre soin, font partie du rôle propre de l'infirmière. Celle-ci doit également reconnaître la singularité des malades et adapter les soins à chacun d'eux. C'est pour cette raison que j'ai souhaité interroger et analyser cette situation vécue en stage, afin de comprendre d'où sont venues mes difficultés, pour ensuite améliorer ma pratique professionnelle, d'autant plus que mon projet professionnel est de travailler en psychiatrie.

J'arrive au bout de ma deuxième année de formation, c'est mon 4<sup>ème</sup> stage mais le 1<sup>er</sup> que j'effectue en psychiatrie. Je n'appréhende absolument pas d'y effectuer 10 semaines consécutives, puisque ce milieu m'a toujours intriguée.

Lors de mon stage, j'ai constaté que la prise en charge des patients était très différente de celle des services somatiques. En psychiatrie, le soin relationnel est la base de la prise en charge. Le patient est considéré dans sa globalité, et les soins techniques sont moins présents.

Par ailleurs, j'ai remarqué que ma jeunesse et mon statut de stagiaire étaient une difficulté à être considérée comme une soignante par les patients.

En effet, lorsque les patients avaient des demandes, ils s'adressaient d'avantage à l'équipe soignante. De plus, le tutoiement de certains d'entre eux à mon égard montrait qu'à leurs yeux, je n'avais pas le même statut ni la même crédibilité que le restant de l'équipe soignante (que les patients vouvoyaient). Enfin, ma timidité m'empêchait parfois de m'affirmer dans mon rôle de soignante et par conséquent, le patient ne se sentait-il peut-être pas assez en confiance ?

La situation se déroule lors de ma première semaine de stage, je connais peu le service et peu les patients. Mes connaissances théoriques de certaines pathologies psychiatriques, dont la schizophrénie, sont vagues (j'en connais les principaux signes, mais je n'arrive pas à faire le lien entre la théorie et la pratique), et je manque d'expérience professionnelle. Le patient de ma situation est atteint de schizophrénie paranoïde, mais lors de ma première semaine de stage, je suis d'avantage dans une phase d'observation, et je n'ai aucune idée de la pathologie dont Mr B est atteinte. Mon interrogation est de savoir l'attitude que je dois adopter à son égard, car bien que j'essaye d'aller à son rencontre, le patient se méfie et se sent constamment persécuté.

Lorsque l'infirmier et moi-même étions confrontés au patient, je me sentais impuissante car je ne savais pas comment me comporter, ni jusqu'où le patient était capable d'aller.

Les jours suivants la situation, j'évitais le patient, car j'avais en permanence ce sentiment de crainte à son égard. J'appréhendais chacune



de ses réponses et réactions, je répondais donc brièvement à ses questions s'il en avait, mais j'étais incapable de lui adresser spontanément la parole. Pourtant je savais pertinemment que sa maladie était responsable de son comportement et que je devais rester dans l'empathie et dans la neutralité, mais je n'y parvenais pas. Ma capacité à garder une attitude soignante était entravée par ma peur, et pour ma part, je n'étais plus dans une prise en soin adéquate du patient.

Face à cette situation d'appel, plusieurs questions m'ont interpellée :

- Y a-t-il une attitude particulière à adopter pour le soignant en service de psychiatrie afin qu'il ne soit pas constamment submergé par ses émotions au point de craindre un patient ?
- Comment l'infirmier a-t-il réussi à contenir ce patient menaçant, agressif, tout en restant calme ? Ressentait-t-il lui aussi de la peur ?
- Faut-il cacher ses émotions face aux patients psychotiques ?
- Qu'est-ce que la peur engendre chez le soignant ? Dans sa prise en soin du patient ?
- Quelle est l'attitude à adopter pour l'infirmier face à ce genre de situation et comment ne pas majorer la violence du patient psychotique ?
- Quels sont les différents moyens à mettre en œuvre pour contenir sa peur ?

Ces différentes interrogations m'ont permis d'aboutir à ma question de recherche provisoire, qui est la suivante:

**Dans un service de psychiatrie adulte fermé, comment l'infirmier peut-il continuer à prendre en soin un patient psychotique au comportement agressif malgré la peur engendrée par ce dernier ?**

### 3. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

#### 3.1. Recherches documentaires

Après avoir élaboré ma question de départ provisoire, mes premières lectures se sont orientées sur des mots clés retenus.

Mes références bibliographiques sont assez diversifiées. J'ai commencé par rechercher au centre de documentations et d'informations (CDI) de mon IFSI, une liste d'articles de périodiques en rapport avec mes mots clés, et spécifiques au métier d'infirmier en psychiatrie (ex : « Soins psychiatriques », « Santé mentale ») ainsi que quelques ouvrages que je n'ai lu que partiellement puisque seule une partie de leur contenu m'intéressait. J'ai aussi acheté des livres sur le thème de la psychiatrie, dont un expliquant le métier d'infirmier en psychiatrie et l'autre racontant le témoignage d'une infirmière exerçant en service psychiatrique. Par ailleurs, j'ai aussi consulté différents dictionnaires (ex : Larousse, Petit Robert), ainsi que des sites internet de source certaine (ex : Serpsy, syndicat national des professionnels infirmiers). Enfin, je me suis aidée de certains cours théoriques dispensés par des intervenants extérieurs.

Du point de vue épidémiologique, je me suis servie du Rapport Annuel 2012 de « l'Observatoire Nationale des Violences en milieu de Santé » piloté par la direction générale de l'offre de soins. Avec 25% d'atteintes aux personnes, dont une répartition quasiment égale entre les violences physiques et verbales, la psychiatrie demeure le service le plus touché par la violence.

Lors de mes recherches documentaires, j'ai trouvé de nombreux thèmes concernant le sujet de mon mémoire, les mots clés.

#### 3.2. Définitions des concepts, mots clés

Mes différentes recherches documentaires par le biais de périodiques, ouvrages ou encore de sites internet, m'ont donc permis de définir les différents mots clés retenus, afin d'éclaircir ma question de départ provisoire.

### 3.2.1. La psychose

La psychose est une *« affection mentale caractérisée par une altération profonde de la personnalité dont le malade n'a pas conscience. »*<sup>1</sup>

Le sujet atteint de psychose n'est donc pas conscient de sa maladie, contrairement au sujet atteint de névrose, puisque cette dernière est une *« affection psychique perturbant peu le comportement, et dont le sujet est conscient. »*<sup>2</sup>

Selon FREUD S., *« La psychose serait causée par une rupture originelle entre le Moi (qui est la conscience humaine), et la réalité ; qui laisse le Moi sous l'emprise du Ça (qui sont les pulsions inconscientes), le Moi reconstruisant ensuite une réalité conforme aux désirs du Ça. »*<sup>3</sup>

La psychose se caractérise par :

- « -une instance dominante : le Ça ;*
- un conflit dominant : entre le Ça et la réalité ;*
- une angoisse latente de morcellement ;*
- des défenses principales à type de clivage du Moi, de déni et de forclusion ;*
- une relation d'objet fusionnel ;*
- un déni net de la réalité gênante ;*
- des processus primaires prévalents ;*
- la projection et l'identification projective comme défenses banales ;*
- une utilisation agie de la parole (support des pulsions agressives) ;*
- un registre agi prévalent ;*
- une abolition (ou affaiblissement) de la fonction synthétique du Moi (ce qui libère des capacités abstraites hors des contraintes de la réalité). »*<sup>4</sup>

Il existe deux types de psychoses qui sont :

- « - les psychoses aiguës, qui sont réversibles, mais qui ne feront pas l'objet de ce mémoire (ex : la bouffée délirante aiguë, les psychoses toxiques),*

---

<sup>1</sup> Larousse Maxipoche. 2015, p.1126

<sup>2</sup> Ibid, p.936

<sup>3</sup> CHARTIER J.-P., *Introduction à la pensée freudienne, les concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Payot. 2008, p.178

<sup>4</sup> MORASZ L. et al., *L'infirmier(e) en psychiatrie, Les grands principes du soin en psychiatrie*, Masson. 2004, p. 34

- les psychoses chroniques, dont 10% par le délire chronique non schizophrénique et 90% par la schizophrénie. »<sup>5</sup>

Une seule différence entre ces deux psychoses chroniques les caractérise : la présence ou non d'une dissociation.

### 3.2.2. La schizophrénie

« Le mot schizophrénie est un néologisme inventé par Bleuler qui reprend directement cette hypothèse. *Schizen* signifie « *fendre, scinder* » et *Phren* signifie « *l'âme, l'esprit* ». Le schizophrène a l'âme qui se fend, qui se scinde, ce qui ne signifie pas du tout qu'il a une double personnalité mais que sa pensée perd son unité et ses capacités d'associations. Cette profonde scission produit une grande ambivalence qui désoriente la vie psychique et relationnelle, provoquant « bousculade des pensées » et discordance. »<sup>6</sup>

En d'autres termes, la schizophrénie est donc un « *ensemble hétérogène d'affections aboutissant à une désorganisation profonde de la personnalité.* »<sup>7</sup>

Le tableau clinique du schizophrène est le suivant :

-syndrome dissociatif : « *rupture de l'unité psychique provoquant un relâchement des processus associatifs qui permettent le fonctionnement mental [...]. Le processus dissociatif affecte tous les secteurs de la vie relationnelle et mentale : il est donc apparent dans le fonctionnement intellectuel, la vie affective et le comportement.* »<sup>8</sup>

-syndrome délirant : « *trouble du contenu de la pensée caractérisé par la permanence d'idées délirantes. Ces dernières sont des idées en rapport avec une réalité propre au patient, réalité différente de la réalité commune, idées auxquelles le sujet attache une foi absolue, non soumise à la preuve et à la démonstration, non rectifiable par le raisonnement. Les idées délirantes*

---

<sup>5</sup> Cours dispensé par le Dr KAUFMANN au semestre 5, *Les délires chroniques non schizophréniques*, Processus psychopathologiques, avril 2014.

<sup>6</sup> DI ROCCO V., Le travail du délire, *Santé mentale*. Novembre 2009, N°142, p.18

<sup>7</sup> Cours dispensé par le Dr KAUFMANN au semestre 5, *La schizophrénie*, Processus psychopathologiques, avril 2014.

<sup>8</sup> TRIBOLET S., et MAZDA S., *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques*, Heures de France. 2005, p.275

*peuvent être centrées sur des thèmes (ex : persécution, délire de jalousie) [...]. Elles sont sous-tendues par un ou plusieurs mécanismes (ex : interprétation, imagination, intuition, hallucination) et peuvent s'organiser selon une logique ou rester sans liens immédiats entre elles. »<sup>9</sup>*

*-autisme : « Conséquence de la dissociation: rupture dans la vie psychique du sujet avec une perte du sens de la réalité ». Il y a une rupture entre le sujet et le monde environnant. Le sujet reconstruit son monde intérieur, soumis aux productions fantasmatiques et indépendamment de la logique de la réalité et de l'existence des autres. Sa pensée est secrète, illogique, non subordonnée au principe de la réalité. L'autisme explique le repli sur soi-même, l'indifférence et l'impénétrabilité du monde des schizophrènes. Il y a un retrait social actif: isolement social, apragmatisme conduisant parfois à l'incurie: le sujet ne se lave plus, ne mange plus. Le sujet est lointain, distant, son regard est ailleurs. »<sup>10</sup>*

*-troubles de l'humeur*

### **3.2.3. Du soin au prendre soin**

Pour définir ce concept, je souhaite m'appuyer sur un texte législatif qui dit que : *« L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie, ou son handicap et sa réputation. »<sup>11</sup>*

En effet, cet article nous montre bien un devoir fondamental du soignant dans la prise en charge du patient : celui de dispenser ses soins sans porter de jugement et sans faire de discrimination quelle qu'elle soit.

Par définition, soigner c'est *« mettre en œuvre des gestes thérapeutiques ou administrer des traitements dans le but de guérir ou*

---

<sup>9</sup> Ibid, p.56

<sup>10</sup> Cours dispensé par le Dr KAUFMANN au semestre 5, *La schizophrénie*, Processus psychopathologiques, avril 2014

<sup>11</sup> Article R4312-25, *Code de la santé publique*.

*soulager une maladie ou de restaurer des fonctions vitales, relationnelles ou psychiques altérées. »<sup>12</sup> Mais soigner, c'est aussi « comprendre de l'intérieur (empathie) ce qui se passe pour la personne, [...] découvrir et expliquer les mécanismes de ses conduites et de ses réactions. »<sup>13</sup> C'est « avoir soin de quelqu'un dans l'accueil, dans l'attention, dans le soucis de son bien-être, de la satisfaction de ses besoins. »<sup>14</sup>*

Il existe deux types de soins qui sont :

-Les soins coutumiers et habituels, qui, pour Marie-Françoise Collière, sont les « *soins liés aux fonctions de la vie, de continuité de la vie* »<sup>15</sup> et que le vocabulaire anglais nomme « *to Care* », signifiant « *prendre soin* ». Il s'agit de tous les soins permanents et quotidiens ayant pour fonction d'entretenir la vie en la nourrissant en énergie. (ex : les apports de nature alimentaires, les besoins en eau, de nature affective, de nature psychosociale...)

-Les soins de réparation ou traitement de la maladie, que le vocabulaire anglais nomme « *to Cure* », signifiant « *faire des soins* » et qui ont pour but de « *limiter la maladie, de lutter contre elle et de s'attaquer aux causes.* »<sup>16</sup>

« *To Cure* » et « *to Care* » sont donc complémentaires. Ce sont « *deux notions essentielles qui allient l'aspect technique et l'aspect humain du soin.* »<sup>17</sup>

« *Prendre soin* » vise « *au-delà de la technicité du geste, à soulager les symptômes, diminuer la souffrance et donc favoriser l'autonomie et le confort de la personne.* »<sup>18</sup>

Pour BRUN N., « *La fonction de prendre soin ne peut se limiter à une simple prise en charge de la maladie [...]. Prendre soin, c'est avant tout établir un véritable dialogue entre le malade et les professionnels de santé*

---

<sup>12</sup> Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, les fondamentaux, Lamarre. 2002, p.307

<sup>13</sup> Ibid

<sup>14</sup> HONORE B., *Soigner Persévérer ensemble dans l'existence*, Seli Arslan.2001, p.29

<sup>15</sup> <http://www.griepts.fr/actualites-le-concept-de-laquo-care-raquo-les-soins-lies-aux-fonctions-de-la-vie-49>

<sup>16</sup> Ibid

<sup>17</sup> VANHEMS N. et al., *Prendre soin*, *Revue hospitalière de France*. Septembre/Octobre 2005, N°506, p.18

<sup>18</sup> <http://www.syndicat-infirmier.com/Peut-on-soigner-sans-prendre-soin.html>

[...]. *C'est concevoir la notion du soin au-delà de son aspect curatif et tenir compte de sa dimension préventive, éducative, éthique et humaniste.* »<sup>19</sup>

Ainsi, pour « *prendre soin* », il est nécessaire de porter une attention unique et particulière au malade. De ce fait, il est essentiel d'avoir un regard global et holiste vis-à-vis du patient. Il ne s'agit donc pas de traiter uniquement la maladie. Le soignant doit faire preuve d'intérêt et de sollicitude envers l'autre. Le malade ne doit pas être considéré comme objet du soin.

### 3.2.4. La peur

Par définition, la peur est une « *émotion normale éprouvée devant un danger réel extérieur qui menace l'individu.* »<sup>20</sup> Mais elle est aussi un « *sentiment d'inquiétude éprouvé en présence d'un danger.* »<sup>21</sup>

La peur est donc présente chez l'individu lors d'un fait réel ou objectif, à la différence de l'anxiété, qui est un « *sentiment de malaise (appréhension), individuel ou collectif, d'origine généralement indéterminée ou inconnue, se manifestant par une activation du système nerveux autonome.* »<sup>22</sup>

La peur est une réaction humaine. Elle provoque en l'individu toutes sortes de « *manifestations de l'organisme résultant d'un état particulier de tension émotionnelle.* »<sup>23</sup>

Pour TRIBOLET et SHAHIDI, « *La composante physique consiste en des troubles végétatifs (tremblement, pâleur, sueurs, syncope) et une réaction motrice variant de la fuite, qui permet d'éviter le danger, à une réaction défensive de confrontation.* »<sup>24</sup>

Ainsi, la peur est une réaction normale face à un danger ou une menace. Elle ne se maîtrise pas et l'individu tente de s'en défendre par

---

<sup>19</sup> BRUN N., Prendre soin, *Revue hospitalière de France*. Septembre/Octobre 2005, N°506, p.1

<sup>20</sup> TRIBOLET S., SHAHIDI M., *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques*, Heures de France. 2005, p.124

<sup>21</sup> LOLOUM T., Sémiologie de la peur : peur, anxiété, angoisse, panique, *Soins psychiatrie*. Juin/Juillet 1988, N°92/93, p.16

<sup>22</sup> JUALL L., *Manuel de Diagnostics Infirmiers*, Masson. 2009, p.37

<sup>23</sup> LOLOUM T., Sémiologie de la peur : peur, anxiété, angoisse, panique, *Soins Psychiatrie*. Juin/Juillet 1988, N°92/93, p.4

<sup>24</sup> TRIBOLET S., SHAHIDI M., *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques*, Heures de France. 2005, p.124

divers moyens ; « *La peur [...] peut entraîner [...] un comportement de défense ou d'inhibition.* »<sup>25</sup>

La peur est présente tout au long de la vie de l'individu. Selon TRIBOLET et SHAHIDI, « *La peur devient pathologique lorsqu'elle est excessive (entraînant une sidération motrice) ou lorsqu'elle persiste longtemps après la disparition du danger.* »<sup>26</sup>

### 3.2.5. Agressivité

Par définition, l'agressivité est « *la manifestation de la tendance à nuire à autrui, que ce soit de façon réelle, imaginaire ou symbolique.* »<sup>27</sup>

Mais encore, « *la tendance aux actes, comportements, et paroles marqués par l'hostilité envers toute personne ou objet faisant obstacle à une satisfaction immédiate. Elle peut-être manifeste ou plus cachée. Elle peut être dirigée contre autrui ou envers soi. Cette propension à nuire, dégrader, détruire, humilier, contraindre peut se présenter sous de multiples aspects sémiologiques (attitudes menaçantes, actes de violence, paroles violentes ...)* »<sup>28</sup>

Il existe différentes formes cliniques de l'agressivité :

« *-Agressivité en paroles : Elle peut se traduire par des insultes, ouvertes et malveillantes, des propos méprisants ou dévalorisants, la médisance, la calomnie, des souhaits exprimés d'agression ou de mort.*

*-Agressivité en actes : Elle se traduit par des humiliations, des gestes provocants ou menaçants [...], des coups et blessures, des agressions sexuelles.*

*- Attitudes relevant de l'agressivité: Elles peuvent être de simples regards, des mimiques de haine, d'hostilité, de gestes provocateurs et insultants, de conduites de harcèlement.* »<sup>29</sup>

---

<sup>25</sup> LOLOUM T., Sémiologie de la peur : peur, anxiété, angoisse, panique, *Soins psychiatrie*. Juin/Juillet 1988, N°92/93, p.4

<sup>26</sup> Ibid, p.124

<sup>27</sup> <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/agressivite.htm>

<sup>28</sup> TRIBOLET S., et SHAHIDI M., *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques*, Heures de France. 2005, p.209

<sup>29</sup> TRIBOLET S., et SHAHIDI M., *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques*, Heures de France. 2005, p.210



## 4. LA PRE-ENQUETE EXPLORATOIRE

### 4.1. Méthodologie, population cible et lieux des entretiens exploratoires

Pour mener à bien la poursuite de mon travail de fin d'études et pour vérifier la pertinence de mon questionnement, je suis allée directement sur le terrain afin d'interroger des professionnels de santé, car il me semblait intéressant de croiser leurs points de vue.

Pour cela, je me suis rendue dans un service de psychiatrie adulte fermé, où j'ai réalisé deux entretiens semi-directifs. Le premier entretien s'est déroulé avec une infirmière diplômée d'état ayant dix ans d'expérience dans le domaine de la psychiatrie ; le second entretien s'est déroulé avec un infirmier diplômé d'état, en début de carrière avec trois ans d'expérience en psychiatrie.

J'ai volontairement choisi de m'entretenir avec deux infirmiers de sexes opposés, afin d'avoir le ressenti de chacun d'entre eux.

Durant le déroulement de mes deux entretiens, je n'ai pas rencontré de difficultés particulières. Les soignants m'ont donné leur accord pour que je puisse enregistrer les entretiens à l'aide d'un dictaphone. Ces derniers se sont déroulés dans un bureau au calme, et ils ont chacun duré entre 20 et 30 minutes. Après les entretiens et grâce à mon enregistrement, j'ai pu facilement en refaire leur retranscription (Annexe 1). Je les ai ensuite chacun analysés pour ensuite en faire une synthèse, en corrélant ma situation, mes recherches bibliographiques et les éléments apportés lors des entretiens.

### 4.2. Analyse des entretiens

#### 4.2.1. Analyse de l'entretien numéro 1

Lors de ce premier entretien, le fait d'être une soignante peut engendrer de la peur face à un patient agressif.

En effet, une femme, ayant un autre gabarit qu'un homme, a souvent peur d'être confrontée à un patient agressif de sexe masculin, car elle sait pertinemment que sa force physique sera moindre par rapport à ce dernier.

De plus, bien que la peur de se faire agresser physiquement soit quotidiennement présente, l'infirmière souligne que cette peur ne s'amointrit pas même si elle s'est déjà fait agresser auparavant par un patient au comportement agressif, car elle redoutera d'autant plus une nouvelle agression.

Enfin, pour l'infirmière, être une jeune diplômée instaure aussi un sentiment de peur devant l'agressivité d'un patient, car le manque d'expérience et de recul ne peuvent pas permettre au soignant de repérer les signes précurseurs d'un passage à l'acte hétéro-agressif ; l'infirmière souligne bien qu'à ses débuts, elle s'est fait agresser, et il en a été de même pour une jeune infirmière diplômée, arrivée récemment dans le service.

Néanmoins, lorsque la peur est présente chez cette infirmière, il est impératif de se protéger, sans pour autant le faire ressentir au patient.

Tout d'abord, l'attitude de l'infirmière face à l'agressivité d'un patient est primordiale. En effet, cette attitude repose sur une bonne distance relationnelle, et quand il s'agit de faire face à l'agressivité, il faut, d'après la soignante, prendre ses distances, en sachant rester calme et réfléchi dans la façon d'aborder la situation avec le patient. De ce fait, la parole et l'intonation de la voix sont importantes, pour d'une part, contenir le patient, et d'autre part, ne pas lui montrer que son comportement engendre de la peur.

Outre, comme autre ressource, l'infirmière me parle de l'intervention d'un tiers : passer le relai à ses collègues, ou encore en faire part au médecin, ou enfin, demander à l'équipe de sécurité d'intervenir quand il s'agit de situations plus ou moins complexes et difficiles à gérer.

Pour finir, la soignante dit aussi avoir recours à des moyens chimiques tels les traitements prescrits en « *si besoin* » au patient, ou à des moyens physiques tels que la contention, la chambre de soins intensifs (CSI) , la PTI<sup>30</sup> et la formation spécifique de la prise en charge de l'agressivité et de la violence (PECCA).

---

<sup>30</sup> Protection du Travailleur Isolé

#### 4.2.2. Analyse de l'entretien numéro 2

La peur d'un patient agressif chez cet infirmier est apparue en poste de nuit. En effet, les effectifs étant réduits, il est plus difficile de se protéger d'un patient, surtout lorsque celui-ci est agressif envers le soignant et revendicateur de sa liberté.

En outre, le manque de connaissance d'un patient de la part du soignant génère aussi un sentiment de méfiance. Ce dernier craint alors le patient agressif, car il ne sait pas comment ce dernier réagit, jusqu'où il est capable d'aller.

Ainsi, pour se protéger de l'agressivité d'un patient, l'infirmier insiste sur le fait de bien le connaître, d'être rigoureux et observateur du comportement de ce dernier, car cela permet de reconnaître les prodromes.

Selon l'infirmier : « *Parfois, un geste peut être un prodrome avant le passage à l'acte* ».

De plus, l'attitude à adopter par le soignant serait, dans un premier temps, d'instaurer un cadre au patient en lui expliquant les règles du service et les règles relatives à son hospitalisation, puis, dans un second temps, d'essayer d'apaiser le patient agressif par la parole, en utilisant une certaine intonation dans la voix pour répondre à ses propos, sans jamais lui faire affront.

Par ailleurs, lors de cet entretien, l'infirmier a souligné comme moyen de protection la PTI, mais aussi la contention physique aux membres ainsi que la CSI, pour lesquelles, seule « *l'agression verbale* » est à craindre. Il insiste aussi sur l'influence du médecin, qui à lui seul, peut calmer le patient, en lui rappelant qu'à tout moment une hospitalisation sous contrainte peut être mise en place, chose que le patient appréhende.

Enfin, l'équipe de sécurité peut aussi intervenir à tout moment, ainsi que l'équipe soignante.

### 4.3. Synthèse exploratoire et question de départ définitive

Les réponses apportées des soignants lors de mes entretiens corrèlent plus ou moins avec ma situation.

#### 4.3.1. L'émergence de la peur chez le soignant

- Le sexe : la soignante est une femme

Quand la soignante est une femme et qu'elle est confrontée à la violence d'un patient qui est un homme, une certaine peur s'installe. La soignante souligne bien qu'en tant que femme, il n'y a pas cette même approche de la part du patient, car ce dernier est plus fort physiquement que la femme, et il le sait. Moi-même, lors de ma situation, je ressentais cette peur lorsque le patient était verbalement violent envers l'infirmier, mais je ne ressentais pas la même peur que ce dernier, qui essayait de me protéger d'abord.

- Le soignant, jeune diplômé

Lorsque le soignant est un jeune diplômé, il manque d'expérience et de vécu professionnel. Souvent, sa naïveté peut lui jouer des tours. *« J'étais alors au début de ma vie professionnelle ; Je me suis posé la question : « mon honnêteté et ma bonne volonté suffiront-elles ? » »*<sup>31</sup>.

Dans ma situation, ayant moi-même été dans ma première semaine de stage en psychiatrie, je n'avais pas conscience de la dangerosité et de la violence que pouvaient générer certains patients, au point d'avoir suivi Mr B. dans sa chambre pour lui prodiguer un soin, sans le craindre, alors que ce dernier décompensait déjà et pouvait être violent à tout moment envers moi. C'est d'ailleurs durant ses premières semaines d'exercice dans le service, que l'infirmière interrogée me dit qu'elle s'est fait agresser, tout comme sa collègue, fraîchement diplômée. *« Il m'est déjà arrivée d'être confrontée à une manifestation d'agitation violente de la part d'un patient hospitalisé [...] »*.

---

<sup>31</sup> BRUN P., et al. ; Peur, moi jamais ! La peur vécue par les soignants, *Soins Psychiatrie*. Juin-Juillet 1988, N°92/93, p.27

*Cet incident survenu alors que je n'avais que peu d'expérience en milieu psychiatrique se déroula un soir. »<sup>32</sup>*

- La méconnaissance du patient, de la pathologie mentale

Le soignant de mon deuxième entretien insiste sur le fait qu'il est primordial de connaître le patient. Cela permet, d'après lui, de repérer les signes cliniques précurseurs d'un passage à l'acte, ainsi que les réactions et les limites du patient. En effet, lors de ma situation, le patient présentait déjà des prodromes ; il avait le regard fixe, errait dans le couloir en faisant beaucoup de va-et-vient, il était vêtu de manière inadaptée et se sentait constamment persécuté. Or, mon manque de connaissance de ce patient, de sa pathologie mentale qu'est la schizophrénie paranoïde, ne m'a pas permis de voir les signes avant-coureurs. *« La façon de prévenir le comportement agressif ou violent d'un patient repose principalement sur notre connaissance approfondie de ce dernier et de son histoire personnelle (passée et actuelle). Une évaluation clinique complète s'avère donc précieuse, favorisant non seulement la connaissance du patient mais l'identification des facteurs de risque. »<sup>33</sup>*

- Les conditions de travail

Ma situation a lieu en milieu d'après-midi. D'après le rapport de l'Observatoire Nationale des Violences en milieu Hospitalier de 2010 (ONVH), il s'avère que les services de psychiatrie restent les plus exposés aux manifestations de violence avec 31,7% des fiches de signalements. Sur ce chiffre, 92% de violence touchent les personnes et, d'après le sondage, la manifestation des faits de violence reste établie sur le créneau de la journée avec 70% des faits, d'où un nombre plus conséquent de soignants, et donc une peur sans doute moins intense qu'en poste de nuit. Comme l'a dit MAISONNEUVE-KASPI A. : *« Lorsque je me trouve seule avec mes patients*

---

<sup>32</sup> BRUN P., et al. ; Peur, moi jamais ! La peur vécue par les soignants, *Soins Psychiatrie*. Juin-Juillet 1988, N°92/93, p.27

<sup>33</sup> COLOMBE J., L'agressivité du patient en contexte thérapeutique, *Psychologie Québec*. Mars 2002, p.27

*le soir, je pense parfois à cette femme si dangereuse pour moi et qui sait très bien où me trouver. »*

En effet, les effectifs étant réduits en travail de nuit (souvent 2 soignants), la peur des soignants est plus importante. Comme le dit l'infirmier dans mon deuxième entretien, sa peur est apparue en poste de nuit, face à un patient revendiquant sa sortie. *« Quelques cas relatés dans la presse, nous rappellent périodiquement la dangerosité de ces patients, imprévisibles, plus inquiétants à certaines heures qu'à d'autres. Car ce n'est pas tellement la clientèle qui change avec l'horaire, c'est le cadre qui se modifie. »*<sup>34</sup>

#### **4.3.2. Les différents moyens afin de palier le comportement violent du patient**

- L'attitude adoptée par le soignant

Lors de ma situation, je n'ai jamais tenté de répondre aux propos tenus par le patient. J'y prêtais attention, mais je continuais mon travail. *« La qualité de la contenance est avant tout dans la qualité du regard et de l'écoute que dans les mots. »*<sup>35</sup>. L'infirmier qui était avec moi ce jour, est lui aussi resté calme face aux injures et aux menaces du patient. Il a essayé de le contenir, en restant dans l'empathie mais en le recadrant tout de même car il faut signifier au patient *« Que l'on doit se protéger de son agitation et que l'on se donne les moyens, grâce au cadre fermement et clairement posé, de ne pas se laisser attaquer. Par effet miroir, cette attitude rassure le patient en lui manifestant que ses débordements qui l'effraient, peuvent trouver des limites grâce à un environnement capable de contenir ses pulsions destructrices. »*<sup>36</sup>

Tout comme l'ont dit les deux infirmiers lors de l'entretien, il faut rester calme devant un patient au comportement agressif. Il faut essayer d'apaiser ce dernier avec la parole, l'intonation de la voix, sans jamais lui tenir affront et en essayer de le recadrer.

---

<sup>34</sup> MAISONNEUVE-KASPI A., La peur du soignant...ou touche pas à mon monde ! *Soins Psychiatrie*. Juin-Juillet 1988, N°92/93, p.30

<sup>35</sup> THOMAS M., Les hospitalisations sous contraintes, *Soins Psychiatries*. Mai-Juin 2008, N° 256, p.45

<sup>36</sup> NOACHOVITCH F., Angoisses et agitation, *Revue Soins Psychiatries*. Septembre/Octobre 2002, N°222, p.36

Par ailleurs, l'infirmière dans mon entretien a souligné qu'il ne fallait pas montrer sa peur au patient, or, d'après BOURGUINON A. : « *La peur témoigne avant tout de notre adaptation à l'environnement [...], la peur ne se maîtrise pas ; il ne sert à rien de la dissimuler aux yeux des psychotiques à qui rien n'échappe de ce qui est humain. Face à la peur, il n'est pas d'autre attitude que [...] de la dire au patient comme on l'avouerait à un proche. Plus que dans toute autre discipline, en psychiatrie, la reconnaissance de notre faiblesse et de notre impuissance est une force, alors que notre force apparente est bien souvent le signe de notre faiblesse.* »

De plus, cette même soignante dit se protéger des patients violents et agressifs en gardant une distance, en « *écourtant la conversation avec le patient* », puis en partant. MORASZ L. souligne que : « *L'exposition d'un sujet à une situation violente entraîne l'activation de mécanismes psychologiques automatiques qui ont une fonction de défense destinée à maintenir à distance, ou à maîtriser l'angoisse générée par la situation et à tenter d'y faire face.* »<sup>37</sup> L'infirmière ayant déjà été agressée auparavant, active donc des mécanismes de défense pour se protéger.

#### - Le travail pluridisciplinaire

J'ai constaté, lors de mon stage en psychiatrie, que les soignants font souvent appel au médecin. Que ce soit pour ajuster un traitement, avoir un entretien médical avec un patient ou lorsqu'une situation dégénère, le médecin intervient régulièrement. Lors de ma situation, le soignant a interpellé le médecin après que la situation se soit calmée. « *... Puis, il y a aussi l'organisation hiérarchique d'un service qui se positionne comme mécanisme de défense par rapport à la peur : le médecin occuperait cette image du père protecteur. Pour le soignant [...], s'adresser à lui lors d'une situation problématique lui éviterait de traiter directement ses angoisses.* »<sup>38</sup>

En effet, lors de mes deux entretiens, les soignants ont parlé du rôle important et de l'influence qu'exerce le médecin lors de situations violentes, car ce dernier peut, à lui seul, mettre en place des mesures nécessaires pour

<sup>37</sup> MORASZ L., Ouvre la porte avant que je la défonce !, *Santé Mentale*. Novembre 2003, N°82, p.56

<sup>38</sup> ZITTOUN C, et al., Peur et institution, *Soins Psychiatrie*. Juin/Juillet 1988, N°92/93, p.18

calmer le patient, si ce dernier n'est pas à même de se calmer lui-même.

Lors de ma situation, toute l'équipe appréhendait l'entretien médical au vu du comportement violent du patient, or, celui-ci a coopéré pour aller en CSI, et l'entretien médical s'est bien passé.

Outre le médecin, le reste de l'équipe soignante a aussi son importance. En effet, les soignants interrogés évoquent la notion de « *passer le relai* » lorsqu'un patient ne peut plus être géré par un soignant. « *Que va-t-il se passer ? [...] Après tout Daniel veille à ce que tout se passe bien.* »<sup>39</sup> Le soignant sait qu'il peut passer le relai à un autre soignant de l'équipe, qui sera plus à même d'aider le patient.

#### - Les dispositifs institutionnels

Lors de mes entretiens exploratoires, les soignants ont parlé de la PTI, qui est, d'après eux, un outil de travail essentiel lors de situations à risque.

En effet, elle permet l'intervention rapide d'une équipe de sécurité au sein de l'institution. Elle se déclenche soit par activation volontaire du soignant, soit lorsqu'elle est posée à plat pendant un certain temps (lorsque le soignant est inconscient suite à une agression.)

Dans ma situation, lorsqu'il s'agissait de faire la tournée des constantes, les soignants avec qui je travaillais me donnaient toujours une PTI, afin que je puisse m'en servir si un patient devenait violent envers moi. D'ailleurs, d'après l'ONVH de 2010, dans 6,2% des situations de violence, l'intervention des agents de sécurité est nécessaire et dans près de 3 situations sur 4, la PTI est enclenchée.

De plus, dans l'institution, il existe aussi une formation spécifique à la prise en charge de l'agressivité et de la violence. En effet, lors de mon premier entretien, l'infirmière m'explique que cette formation apprend les gestes pour se protéger d'un patient violent et agressif, en apprenant à maîtriser physiquement ce dernier, s'il s'avérait physiquement violent. La formation est de ce fait un moyen de permettre aux soignants d'être plus confiants face à une situation d'agressivité et de mieux la gérer.

---

<sup>39</sup> BOURDEUX C., Risquer la psychiatrie, *Soins Psychiatries*. Janvier/Février 2006, N°242, p.26



- Les dispositifs médicaux

*« Il n'est évidemment pas thérapeutique de laisser s'exprimer la dangerosité du patient délirant et persécuté car, dans ce cas, la violence n'a plus de valeur cathartique. La contention et la médication s'imposent donc afin que le patient puisse intérioriser une contenance psychique recherchée à travers le passage à l'acte. »<sup>40</sup>*

Au cours de mes entretiens, les soignants ont chacun parlé des traitements médicamenteux à administrer en « *si besoin* », c'est-à-dire qui ne sont pas systématiquement administrés au patient, sauf si ce dernier est agité. « *La règle institutionnelle de l'administration des médicaments jouerait également ce rôle de paravent.* »<sup>41</sup>.

Dans ma situation, le patient n'a pas eu de contention chimique mais il a cependant été placé en CSI durant quelques jours. « *La chambre d'isolement [...] pour les soignants, elle représenterait un « garde-fou », un garant de leur intégrité physique* »<sup>42</sup>. A sa sortie de la CSI, le patient allait nettement mieux.

En outre, les soignants interrogés ont aussi souligné l'importance de la mise en CSI du patient, bien que, le simple fait d'évoquer ce terme, suffit parfois à instaurer leur limite aux patients. « *Dès les premiers contacts avec le patient et selon le niveau pathologique de l'agitation et/ou un antécédent de passage à l'acte grave, nous pouvons utiliser une chambre de sécurité. Nous préférons le terme de « sécurité » à celui « d'isolement » car il s'agit avant tout de protéger le patient face à une destructivité trop importante et de se protéger également en tant qu'équipe soignante.* »<sup>43</sup>

---

<sup>40</sup> THOMAS M., Les hospitalisations sous contraintes, *Soins Psychiatries*. Mai/Juin 2008, N°256, p.45

<sup>41</sup> ZITTOUN C., et Al., Peur et Institution, *Soins Psychiatrie*, Juin/Juillet 1988, N°92/93, p.18

<sup>42</sup> ZITTOUN C., et Al., Peur et Institution, *Soins Psychiatrie*, Juin/Juillet 1988, N°92/93, p.18

<sup>43</sup> NOACHOVITCH F.,angoisses et agitation, *Soins Psychiatries*. Septembre/Octobre 2002, N°222, p.36

#### 4.4. Le terme de violence et d'agressivité

Au cours de mes recherches documentaires, il s'est avéré que le terme de « *violence* » serait plus approprié à ma situation, que celui d' « *agressivité* ».

La violence, du latin « *violare* », signifie « *agir de force* » sur quelqu'un ou quelque chose. Par définition, la violence est « *Un comportement agressif, une force brutale exercée par une personne.* »<sup>44</sup>

Pour BERGERET, la violence est définie comme étant « *Une pulsion primaire défensive. Elle ne vise pas un objet au sens propre (tel que l'autre), mais est avant tout destinée à protéger l'individu qui l'éprouve. Les passages à l'acte ne visent pas une victime pour ce qu'elle est, mais pour éloigner le danger qu'elle incarne.* »<sup>45</sup>

La personne violente ignore autrui et n'est habitée que par « *L'angoisse d'être détruite et la certitude de n'avoir rien à perdre.* »<sup>46</sup>, contrairement à l'agressivité, qui est une « *pulsion plus secondarisée [...] caractérisée par un plaisir ou un désir d'attaquer ou de nuire. [...] L'autre est attaqué pour ce qu'il est et ce qu'il représente pour le sujet.* »<sup>47</sup>. L'agressivité « *Implique le désir de faire reconnaître sa puissance par l'autre, [...] du désir de domination.* »<sup>48</sup>

En effet, pour BERGERET, l'opposition entre l'agressivité et la violence est telle que « *Quand, dans la guerre, il y a deux individus face à face, que c'est « lui ou moi » et que la survie de l'un est conditionnée par la disparition de l'autre, on se trouve face à une violence archaïque, tandis qu'une agressivité subtile et érotisée est nécessaire aux spécialistes d'Etats-majors pour chercher à faire volontairement le plus de mal possible à l'adversaire. A la guerre, l'agressif donne les ordres, et le violent tient l'arme pour les appliquer.* »<sup>49</sup>

---

<sup>44</sup> Larousse Maxipoche. 2015, p.1456

<sup>45</sup> MORASZ L., La violence et le soin en psychiatrie, *Santé Mentale*. Novembre 2003, N°82, p.23

<sup>46</sup> TISSERON S., Violence et agressivité, une distinction essentielle, *Santé Mentale*. Février 2012, N°165, p.6

<sup>47</sup> MORASZ L., La violence et le soin en psychiatrie, *Santé Mentale*. Novembre 2003, N°82, p.23

<sup>48</sup> TISSERON S., Violence et agressivité, une distinction essentielle, *Santé Mentale*. Février 2012, N°165, p.6

<sup>49</sup> TISSERON S., Violence et agressivité, une distinction essentielle, *Santé Mentale*. Février 2012, N°165, p.7

La violence peut donc être utilisée comme moyen de défense pour permettre à l'individu de se protéger afin de faire face aux éventuelles menaces, tandis que l'agressivité a pour finalité de nuire et de causer du tort.

Dans ma situation, le patient, atteint d'une psychose de type schizophrénie paranoïde, est donc plutôt dans la violence verbale que dans l'agressivité.

Par ailleurs, à travers mes analyses et mes lectures documentaires, j'ai constaté que l'attitude du soignant joue un rôle primordial lorsqu'un patient psychotique devient violent.

Ainsi, suite à mon expérience en stage, mes recherches documentaires et mes entretiens exploratoires, une question s'est posée à moi :

**En unité de soins psychiatrique, en quoi l'expérience de l'infirmier permet-elle de conserver une attitude soignante bienveillante face à la violence d'un patient psychotique ?**

# **PARTIE 2 : DU CADRE CONCEPTUEL A L'HYPOTHESE**

Dans cette partie, je vais développer différents concepts afin d'éclairer ma question de départ définitive. Quelques concepts seront simplement approfondis puisque j'en ai déjà évoqué leur définition dans la phase exploratoire.

Dans un premier temps, je tenterai d'expliquer le concept de l'expérience professionnelle. Dans un second temps, je m'intéresserai plus amplement à la violence, ainsi qu'aux différents types de violences qu'on peut être amené à rencontrer. Pour terminer, je développerai ce qu'est une attitude soignante bienveillante et sa spécificité en service de psychiatrie.

## 1. CADRE CONCEPTUEL

### 1.1. L'expérience

#### 1.1.1. Définitions

L'expérience est une connaissance acquise. En effet, le dictionnaire « *Petit Robert* » définit cette connaissance acquise comme « *le fait d'éprouver quelque chose, considérer comme un élargissement ou un enrichissement de la connaissance, du savoir, des aptitudes.* »<sup>50</sup>, mais encore comme « *un évènement vécu par une personne, susceptible de lui apporter un enseignement* »<sup>51</sup> ainsi qu'une « *pratique, généralement prolongée, que l'on a eue de quelque chose, considérée comme un enseignement.* »<sup>52</sup>

Enfin, un dictionnaire de 1840 définit l'expérience comme « *connaissance acquise par un long usage de la vie, jointe aux réflexions que l'on a faites sur ce que l'on a vu, sur ce qui nous est arrivé de bien et de mal.* »<sup>53</sup>

#### 1.1.2. Généralités

Plusieurs significations du terme « *expérience* » existent. L'une d'entre elles nous intéresse plus particulièrement, c'est l'expérience comme « *connaissance acquise par la pratique jointe à une réflexion (ou*

---

<sup>50</sup> Dictionnaire *Le Petit Robert*, 2014. P.980

<sup>51</sup> Ibid

<sup>52</sup> Ibid p.980-981

<sup>53</sup> VINCENS J., Définir l'expérience professionnelle, *Travail et emploi*. Janvier 20001, n°85, p.22

*accompagnée d'une observation) »<sup>54</sup>, encore appelée « l'expérience acquisition ». Que ce soit en termes de compétence, de technicité ou de relationnel, l'expérience se gagne par la pratique*

- L'expérience par la compétence

Par définition, une compétence est la « *capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger.* »<sup>55</sup>

En effet, l'expérience fait donc partie de la compétence du professionnel puisque « *quelqu'un de compétent est quelqu'un qui est capable de juger une situation et d'intervenir à bon escient* »<sup>56</sup>. Or pour qu'un professionnel puisse avoir cette capacité de jugement sur une situation donnée, il faut qu'il ait au préalable acquis certaines connaissances pratiques car « *l'expérience est le seul moyen d'acquérir certains éléments de la compétence.* »<sup>57</sup>

- L'expérience par le relationnel

L'expérience se gagne aussi par le relationnel. En effet, pour MALLET et VERNIERES, « *la dimension sociale de l'expérience concerne un contenu relationnel et symbolique. Elle désigne l'acquisition des connaissances au sens large (savoir, savoir-faire, savoir-être) relatives aux relations avec les autres personnes que le travailleur est amené à rencontrer à l'occasion de son travail.* »<sup>58</sup>

Bien que l'expérience s'acquiert par le vécu, par la pratique et par les leçons retenues par des faits, certains professionnels seront plus aptes que d'autres à mettre en pratique leurs expériences dans une situation de travail donnée.

---

<sup>54</sup> Ibid p.21

<sup>55</sup> [www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compétence/17648](http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/compétence/17648)

<sup>56</sup> VINCENS J., Définir l'expérience professionnelle, *Travail et emploi*. Janvier 2001, n°85, p.23

<sup>57</sup> Ibid

<sup>58</sup> Ibid p.22

Néanmoins, il ne s'agit pas d'avoir cette capacité de refaire mieux une chose mais d'être capable de s'adapter à telle ou telle situation car « *celui qui a réfléchi sur les faits observés dans son travail est réputé capable de s'adapter aux faits nouveaux.* »<sup>59</sup>

### 1.1.3. L'expérience de l'infirmier(e)

Pour l'infirmier, l'expérience s'acquiert progressivement, avec des « *objets de connaissances spécifiques aux soins infirmiers* »<sup>60</sup> et c'est cette expérience en relation avec le travail, le terrain, le secteur d'activités et les personnes soignées, qui rend le soignant compétent.

Ainsi, pour être un infirmier compétent, il est important pour ce dernier de se remettre en question et de faire le point sur ses connaissances. « *La compétence est en œuvre tout au long du parcours professionnel et doit apparaître dans la construction d'un objet. Cela nécessite des mises au point périodiques, notamment en se questionnant sur ce que l'on fait. [...] Ce questionnement implique une transformation des expériences acquises en savoirs.* »<sup>61</sup>

Néanmoins, pour que les expériences vécues et acquises se transforment en savoir suivant la situation, il est nécessaire pour l'infirmier de bien observer puis d'identifier et de mémoriser les différents objets de connaissances.

Ainsi, en captant les informations dans telle ou telle circonstance, l'infirmier sera apte à l'anticiper. « *L'individu doit capter les informations de son environnement. [...] Ainsi, le marin et le montagnard ont des repères visuels spécifiques pour prévoir ou interpréter les évènements climatiques.* »<sup>62</sup>

Une situation de violence vécue pour la première fois en psychiatrie pourrait amener l'infirmière à réagir de telle ou telle manière pour s'en sortir.

---

<sup>59</sup> Ibid p.23

<sup>60</sup> WENNER M., *L'expérience infirmière, de la pratique des soins à la transmission des savoirs*, Seli Arslan. 2006, p.159

<sup>61</sup> Ibid p.172

<sup>62</sup> Ibid p.139

En effet, sans expérience, la jeune infirmière pourrait manquer d'assurance et se sentir en insécurité face à un patient psychotique qu'elle ne connaît pas. Contrairement à une infirmière expérimentée, qui, quant à elle, aura un socle d'expériences éclairées et construites<sup>63</sup>, et sera donc probablement plus à même d'anticiper la violence d'un patient psychotique et d'en prévenir les conséquences. « *Aborder un domaine nouveau nous place en situation d'insécurité. Nous ne savons pas trop à quoi nous attendre ni comment nous adapter à ce contexte pour anticiper nos réactions. Nous ne pouvons donc avoir confiance en nous-mêmes dans ce domaine précis. Aussi, est-il judicieux de s'impliquer activement pour en connaître les pièges, se familiariser avec ce qui s'y passe habituellement.* »<sup>64</sup>

Ainsi, bien que l'expérience résulte d'un vécu personnel, elle résulte aussi du travail commun et qui se transmet. « *L'Homme tire d'avantage non seulement de sa propre expérience mais encore de celle de ses prédécesseurs.* »<sup>65</sup>

## 1.2. La violence

Le terme de « *violence* » ayant déjà été abordé précédemment, je préciserai simplement les différents types de violence ainsi que les étapes qui amènent le sujet à devenir violent.

Il existe plusieurs types et niveaux de violence. Le rapport annuel 2012 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé a d'ailleurs bien mis en évidence les violences les plus souvent rencontrées, qui sont :

- Les violences verbales de niveau un, où la personne est victime d'injures et d'insultes.
- Les violences psychologiques de niveau deux, où la personne est victime de menaces d'atteinte à l'intégrité physique.

---

<sup>63</sup> Ibid p.146

<sup>64</sup> E GBEZO B., *Agressivité et violence au travail, comment y faire face*. Collection formation permanente, ESF. 2000, p.92 (182p)

<sup>65</sup> Dictionnaire *Le Petit Robert*. 2014, p.981



- Les violences physiques de niveau trois, où la personne est victime de coups et de blessures. (Annexe 2)

Selon MICHAUD, « *Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles.* »<sup>66</sup>

Ainsi, pour que le sujet soit amené à être violent, il existerait, selon TISSERON, différentes étapes de la violence, qui sont :

« 1) *Le sujet est en danger : la personne se sent menacée dans son identité [...] pour le sujet, c'est toujours l'autre qui commet la première violence.*

2) *La déshumanisation de l'autre : la violence dépouille l'autre de sa qualité humaine. Le sujet violent retire à celui qui l'a menacé le statut de semblable.*

3) *La désymbolisation : la possibilité de prendre du recul par rapport à la situation est inexistante. La distance que permettent la parole, l'imagination et le jeu est abolie.*

4) *Le passage à l'acte : la personne violente veut éliminer ce qui lui fait violence en détruisant l'autre. Ce passage à l'acte est dénué de tout plaisir. Il est vécu comme une simple nécessité.* »<sup>67</sup>

Par ailleurs, pour MORASZ L, la dynamique de la violence serait tout d'abord engendrée par un sentiment vécu comme un stress, puis, si cette personne n'arrive pas à ôter ce stress ou le gérer, ce dernier s'amplifiera, entraînant une frustration, de l'énervernement et de l'excitation. Ainsi survient la crise, lorsque les structures de contrôles du sujet débordent, l'obligeant à se comporter de manière désinhibée. Pour pallier cette crise, il est donc nécessaire pour le sujet d'extérioriser son ressenti

---

<sup>66</sup> MORASZ L., La violence et le soin en psychiatrie, *Santé Mentale*. Novembre 2003, N°82, p.21-22

<sup>67</sup> TISSERON S., Violence et agressivité, une distinction essentielle, *Santé Mentale*. Février 2012, N°165, p.7

afin d'évacuer cette tension interne. Ainsi, il pourra être amené à se contrôler à nouveau. Or, si le sujet est constamment frustré sans au préalable avoir été stabilisé, le processus de violence recommencera à nouveau. De ce fait, il est important pour le soignant de prendre en charge rapidement cette violence, pour éviter qu'elle ne s'amplifie.<sup>68</sup>

Ainsi, la violence du patient psychotique montre que ce dernier est certainement en souffrance. Il s'agira là pour le soignant de trouver son positionnement relationnel face à cette violence. « *La question centrale n'est donc pas de savoir comment faire face à la souffrance, mais de savoir comment être face à celle-ci.* »<sup>69</sup>

### 1.3. L'attitude soignante bienveillante

#### 1.3.1. L'attitude soignante

On entend par attitude, la manière de tenir son corps par la posture, ou encore la manière d'être par le comportement, qui correspond à une certaine disposition psychologique.<sup>70</sup>

Par définition, l'attitude est « *une disposition à l'égard d'une personne ou d'un groupe de personnes, ou un ensemble de jugements qui conduit à un comportement, qui pousse à agir. L'attitude qui peut être favorable ou défavorable se développe à partir de nos expériences et de l'information que nous possédons sur les gens ou les groupes de gens. Elle n'est ni une intention ni un comportement mais peut influencer les comportements.* »<sup>71</sup>

Ainsi, le soignant devra travailler son savoir être, afin d'être en mesure de prendre en charge le patient dans sa globalité. Il s'agit donc pour le soignant d'adopter une attitude empathique auprès du patient mais encore de rester dans la droiture et la neutralité, sans émettre de jugements de

---

<sup>68</sup> MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*, Edition Dunod. 2000, p.39-40

<sup>69</sup> *Ibid*, p.225

<sup>70</sup> Dictionnaire *Le Petit Robert*. 2014, p.251

<sup>71</sup> BERGERT L., et al., *Personnes âgées, une approche globale, démarche de soins par besoins*. Maloine. 1994, p.62

valeurs, tout en respectant le patient dans son vécu, sa maladie, ses coutumes, et en étant dans l'écoute de ce dernier.

« *Etre un soignant « suffisamment bon » revient à pouvoir contenir la souffrance des patients qui ne peuvent la gérer seuls. Contenir, c'est accueillir, recueillir les émotions et les affects inorganisés ressentis par les patients, les verbaliser, et leur donner du sens pour les leur restituer sous une forme assimilable.* »<sup>72</sup>

Enfin, pour être dans une attitude soignante, il faudra que le soignant ait cette capacité de rentrer en relation avec le patient. Pour ce faire, la parole du soignant reste indispensable car elle permet de mettre des mots sur les maux. « *La verbalisation est un des piliers du soin relationnel. [...] La parole est un des médiateurs principaux de la relation.* »<sup>73</sup>

Néanmoins, pour qu'une « *liaison psychique* » et donc une relation entre le patient et le soignant se crée, il faut que ce dernier soit authentique envers le patient, lui montrant ainsi qu'il est présent, dans le but de l'aider à faire face à sa maladie. « *... lier c'est créer la qualité de la relation, qualité naissant de ce que chacun a pu, dans ce temps de rencontre, croire en l'autre parce qu'il a su faire vivre l'indicible sentiment qu'il croyait en nous... et ainsi faire naître le réconfort et l'apaisement.* »<sup>74</sup>

Face à la violence d'un patient en psychiatrie, l'attitude à adopter par le soignant serait d'une part, d'être cadrant et ferme afin de contenir cette violence, et d'autre part, d'être souple, pour montrer au patient que le soignant entend sa souffrance. « *Le cadre de soin doit-être souple [...] Mais la souplesse relationnelle n'a de sens qu'en complément d'une fermeté relative s'étayant sur des éléments structurants de cadre. [...] Le cadre est ce qui donne du sens à ce qui s'y passe. [...] En donnant des limites, il permet la vie.* »<sup>75</sup>

---

<sup>72</sup> MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*, Edition Dunod. 2000, p.185

<sup>73</sup> MORASZ L., et al., *L'infirmier(e) en psychiatrie. Les grands principes du soin en psychiatrie*, Edition Masson. 2004, p.102

<sup>74</sup> MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*, Edition Dunod. 2000, p.185

<sup>75</sup> MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*, Edition Dunod. 2000, p.226-227

*« La violence fait partie de la vie. Le rôle des équipes soignantes en psychiatrie n'est pas de la nier mais de l'accueillir, de la contenir, de la travailler collectivement afin de permettre au sujet de la comprendre et de la dépasser. »<sup>76</sup>*

En effet, bien qu'en théorie les soignants savent quelle attitude adopter face à la violence, dans la pratique, il n'en est pas toujours de même. Il s'agit non seulement d'être contenant, mais aussi d'éviter certaines conduites, pouvant entraîner d'une part, une accélération du processus du passage à l'acte, ou, d'autre part, un savoir être qui n'est plus dans ce rôle proprement dit de « *bon soignant* ». « *Face à un acte violent, ou à une situation qui l'est symboliquement, nous pouvons tous un jour voir notre psychisme déborder par une masse d'excitation supérieure à ce que nos défenses du moment nous permettent de contenir et de supporter.* »<sup>77</sup>

#### - Les mécanismes de défense

Afin de protéger son psychisme d'un évènement générateur d'angoisse, de souffrance ou de malaise, l'être humain met inconsciemment en place des mécanismes de défense, pour permettre une réduction de sa tension psychique interne. Ces défenses dépendront du vécu, de l'état émotionnel du moment et du sens que ce dernier va prendre pour le soignant.<sup>78</sup>

En effet, selon MORASZ, « *L'exposition d'un sujet à une situation violente entraîne l'activation de mécanismes psychologiques automatiques qui ont une fonction de défense destinée à maintenir à distance, ou à maîtriser l'angoisse générée par la situation et à tenter d'y faire face.* »<sup>79</sup>

Pour LAPLANCHE et PONTALIS, « *les mécanismes de défense constituent l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de*

---

<sup>76</sup> RIGAUD C., et al., O ma sœur la violence ! *Santé mentale*. Mars 2001, N°58, p.10

<sup>77</sup> MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*, Edition Dunod. 2000, p.200

<sup>78</sup> MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*. Edition Dunod. 2000, p.46

<sup>79</sup> MORASZ L., Ouvrir la porte avant que je la défonce !, *Santé Mentale*. Novembre 2005, N°82, p.56

*supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. »*<sup>80</sup>

Enfin, BRACONNIER « *considère que la notion de mécanismes de défense englobe tous les moyens utilisés par le Moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers externes. »*<sup>81</sup>

Néanmoins, il faut savoir que les défenses ne sont pas de nature pathogène. Suivant la situation vécue, chacun d'entre nous peut un jour être amené à utiliser un mécanisme de défense. Cela ne témoignera pas pour autant d'un fonctionnement pathogène. Mais il ne faut pas que les défenses utilisées soient prédominantes, trop rigides ou encore trop excessives, auxquels cas, le fonctionnement psychique du sujet sera sans doute entravé.

En effet, BERGERET affirme qu'« *un sujet n'est jamais malade parce qu'il a des défenses mais parce que les défenses qu'il utilise habituellement peuvent être décrites comme : inefficaces, trop rigides, mal adaptées aux réalités internes ou externes et /ou exclusivement du même type. »*<sup>82</sup>

Bien que certains mécanismes de défense soient plus utilisés que d'autres, ils restent néanmoins très nombreux. Selon VAILLANT, « *Il y a autant de défense que notre imagination, notre témérité ou notre aisance verbale nous permettent d'en inventorier. »*<sup>83</sup>

Il existe pour l'instant soixante-cinq mécanismes de défense différents, décrits par les différents auteurs. (Annexe 3)

### **1.3.2. La bienveillance**

De l'adverbe « *bien* » qui fait « *appel à ce qui est conforme à un idéal, à la morale, à la justice, qui fonde toute valeur : faire le bien* »<sup>84</sup>, et du verbe « *veiller* », qui, par définition est l'action de « *s'occuper activement de*

---

<sup>80</sup> FRIARD D., *Les Concepts en Sciences Infirmières*, Mallet Conseil. 2010, p.198

<sup>81</sup> FRIARD D., *Les Concepts en Sciences Infirmières*, Mallet Conseil. 2010, p.198

<sup>82</sup> HECKTOR L., Les mécanismes de défense, *Santé Mentale*. Février 2003, N°75, p.22

<sup>83</sup> FRIARD D., *Les Concepts en Sciences Infirmières*, Mallet Conseil. 2010, p.199

<sup>84</sup> DEFRESNE C., *Les concepts en sciences infirmières*, 2<sup>ème</sup> édition, Mallet Conseil. Novembre 2012, P.97

*quelqu'un* »<sup>85</sup> ou encore « *prêter grande attention à ce qu'une personne fait, à ce qui lui arrive, s'occuper de cette personne.* »<sup>86</sup>

La bienveillance est donc un « *sentiment par lequel on veut du bien à quelqu'un* »<sup>87</sup> mais c'est aussi « *considérer l'autre en tant qu'être humain unique et sans jugement de valeur. C'est accepter l'autre dans sa globalité.* »<sup>88</sup>

La bienveillance est le cœur du métier du soignant. Un soignant bienveillant est un soignant bon, ouvert, prêt à aider le patient. C'est aussi quelqu'un qui est capable d'écouter et d'être attentif aux demandes et aux besoins du malade. C'est accompagner ce dernier sans faire à sa place.<sup>89</sup>  
« *Veiller et bien veiller est le propre de celui qui se sent responsable d'autrui. [...] La posture du veilleur n'est pas simple puisqu'il ne sait pas ce qui peut arriver. S'il peut anticiper grâce à son expérience, il ne peut pas prédire.* »<sup>90</sup>

Avoir une attitude soignante bienveillante revient donc à avoir une « ... *attitude positive et avec le souci de bien faire.* »<sup>91</sup>

Ainsi, lorsqu'un soignant est confronté à la violence d'un patient psychotique, il doit non seulement contenir cette violence mais aussi l'accueillir activement pour, d'une part, entendre la souffrance du patient, et d'autre part, l'aider en exerçant une fonction de pare-excitation, c'est-à-dire en mettant en place « ... *un filtre protecteur entre le patient et ses pulsions, suffisamment solide* »<sup>92</sup> pour ainsi éviter la survenue d'un éventuel passage à l'acte. Pour ce faire, il est fréquent que le patient aille dans une chambre de soins intensifs (sous protocoles, sur prescription médicale) qui est une chambre de sécurité spécialement conçue pour « *contenir les pulsions auto*

---

<sup>85</sup> Dictionnaire *Le Petit Robert*. 2014, p.2683

<sup>86</sup> Ibid, p.2683

<sup>87</sup> Ibid p.251

<sup>88</sup> [http://www.hopital-le-montaiqu.fr/docs/Charte\\_bienveillance.pdf](http://www.hopital-le-montaiqu.fr/docs/Charte_bienveillance.pdf) (consulte le 16/10/14)

<sup>89</sup> [http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/enonce\\_ethique.pdf](http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/enonce_ethique.pdf), diapositive 9 (14/10)

<sup>90</sup> DEBROCA A., La bienveillance, cœur de tout soin. *Ethique et santé*. Décembre 2011, N°4, p.171

<sup>91</sup> [http://ehpadlabruyere.pagesperso-orange.fr/livret\\_de\\_la\\_bienveillance.htm](http://ehpadlabruyere.pagesperso-orange.fr/livret_de_la_bienveillance.htm) (consulte le 14/10)

<sup>92</sup> MORASZ L., et al., *L'infirmier(e) en psychiatrie. Les grands principes du soin en psychiatrie*. Edition Masson. 2004, p.97

*ou hétéro-destructrices de personnes souffrant de troubles mentaux hospitalisées en psychiatrie. »<sup>93</sup> et qui permet de « confronter le patient, progressivement et à dose supportable par lui, aux conflictualités, situations ou relations qu'il a du mal à gérer. »<sup>94</sup>*

Etre attentif à autrui, vouloir le bien du patient, c'est aussi repérer ses comportements incohérents et le contenir lorsqu'il n'est plus en mesure de le faire lui-même. C'est le protéger, en agissant de manière bienveillante. *« Il n'est pas rare de constater que certains passages à l'acte violents de patients viennent à la suite d'une succession d'agirs qui sont passés inaperçus. [...] Ne pas entendre les agirs « banaux » revient à prédéterminer la bascule violente d'un certain nombre d'entre eux. »<sup>95</sup>*

## 2. HYPOTHESE

Pour conclure mon cadre conceptuel grâce à mes apports théoriques, je peux émettre une hypothèse, qui est une réponse anticipée à ma question de recherche.

(En unité de soins psychiatrique, en quoi l'expérience de l'infirmier permet-elle de conserver une attitude soignante bienveillante face à la violence d'un patient psychotique ?)

La peur donne à la violence un aspect paradoxal. En effet, bien que la peur protège le soignant d'un danger réel en lui faisant garder une certaine distance, elle imprègne également la relation soignant/soigné, mettant en jeu des mécanismes de défense. La conséquence est telle, qu'elle se fera ressentir au niveau de la prise en soin du patient.

De plus, lorsque la peur chez le soignant est présente, elle reflète en miroir la peur du patient face à sa violence. De ce fait, elle risque d'intensifier

---

<sup>93</sup> [www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/sequestration.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/sequestration.html)

<sup>94</sup> MORASZ L., et al., *L'infirmier(e) en psychiatrie. Les grands principes du soin en psychiatrie*. Edition Masson. 2004, p.101

<sup>95</sup> MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*. Edition Dunod. 2000, p.111

la violence chez le patient, puisque ce dernier, a en face de lui, un soignant peu rassurant.

*« Antoine ressent bien cette angoisse des soignants face à sa propre agressivité [...]. Il aurait alors besoin d'une contenance ferme. A la place, il trouve l'inquiétude, la faille qu'il trouve également en lui-même. [...]. Cette inquiétude lui renvoie, tel un miroir, une image de lui-même peu rassurante. Une telle attitude de notre part pourrait l'induire à passer à l'acte. »<sup>96</sup>*

Afin de ne pas entrer dans le fonctionnement violent du patient et pour éviter que sa prise en soin soit entravée par des réactions inconscientes de défense de la part du soignant, il est nécessaire pour ce dernier de prendre du recul, de prendre conscience de sa peur et d'essayer de l'aménager.

*« La question du faire « face à la violence en psychiatrie » dépend donc d'abord de la nature de la position soignante que nous adoptons face à celle-ci. »<sup>97</sup>*

Pour ce faire, l'expérience de l'infirmier est essentielle. En effet, c'est grâce à cette expérience que l'infirmier sera non seulement capable de déceler les signes précurseurs d'un passage à l'acte puisqu'il aura une meilleure connaissance du patient et de sa pathologie, mais aussi de mieux gérer ses émotions (telle que la peur) face à la violence du patient psychotique, grâce à une prise de recul et une meilleure connaissance de soi-même.

Ainsi, mon hypothèse est la suivante :

**L'expérience de l'infirmier permet, d'une part, de déceler les signes précurseurs chez le patient psychotique violent pour ainsi prévenir un éventuel passage à l'acte, et, d'autre part, de canaliser ses propres réactions afin de rester dans une attitude soignante bienveillante envers le patient.**

---

<sup>96</sup> ZITTOUN C. et al., Peur et institution, *Soins Psychiatrie*. Juin/Juillet 1988, N°92/93, p.17

<sup>97</sup> MORASZ L., Comprendre la violence en psychiatrie. Edition Dunod. 2000, p.225



# **PARTIE 3 : LA PHASE D'INVESTIGATION**

## 1. LA METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

### 1.1. La nature de l'enquête

La psychiatrie étant d'avantage centrée sur le soin relationnel et moi-même étant communicante et à l'écoute, il m'est apparu plus approprié d'utiliser comme outil d'enquête, l'entretien semi-directif.

En effet, ce dernier permet non seulement d'avoir un dialogue avec des professionnels de la santé mais propose aussi des questions ouvertes, non directives, laissant ainsi à l'interlocuteur un libre choix sur ses réponses.

De plus, cet outil permet de guider l'entretien sur l'objectif de ma recherche si la personne interviewée était amenée à s'y écarter.

Avec un accord préalable, dans le respect de l'anonymat et pour mieux pouvoir les retranscrire, ces entretiens, dont la durée variait entre 15 et 25 minutes, ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone.

### 1.2. Le choix de la population interrogée

Ma situation d'appel ayant eu lieu dans un établissement psychiatrique, il m'a semblé pertinent de cibler la population au sein d'un établissement prodiguant des soins psychiatriques.

Lors de mes quatre entretiens, j'ai interrogé une infirmière jeune diplômée, une infirmière ayant le diplôme de secteur psychiatrique (ISP) et deux infirmières ayant une expérience moyenne. J'ai voulu m'entretenir avec des infirmières dont l'expérience diffère, afin de connaître l'attitude de chacune d'entre elles face à la violence et leur prise en soin des patients psychotiques.

### 1.3. La construction de l'outil d'investigation et les objectifs

Mon guide d'entretien (Annexe 4), comprenant des questions ouvertes, a été établi à partir de ma question centrale et de mon hypothèse dans le but de pouvoir ou non, confirmer cette dernière. Ainsi, j'ai commencé

par demander le profil des personnes interrogées, puis j'ai élaboré dix questions ouvertes avec quelques questions de relance, que j'ai sous groupées en trois thèmes en lien avec ma question centrale et mon hypothèse. Enfin, pour le choix de mes questions du guide d'entretien, j'ai d'abord commencé par une représentation brève que le soignant se faisait du thème rencontré, puis j'ai questionné sa pratique en lien avec le même thème et enfin j'ai voulu connaître son vécu émotionnel en rapport avec ce thème.

Le but de cette enquête était de rencontrer sur le terrain des infirmiers et des infirmières de tous âges, afin de connaître leur point de vue en regard de ma question de recherche. En effet, afin de tenter d'y répondre, j'ai élaboré un guide de questions ayant comme premier objectif de savoir si l'expérience pouvait jouer un rôle dans la prise en charge du patient psychotique violent. Mon second objectif, était de connaître la position des soignants face à la violence. Enfin, mon dernier objectif était de savoir si la gestion des émotions chez le soignant pouvait l'aider à rester bienveillant face au patient psychotique violent.

#### 1.4. Le recueil des données

Les deux premiers entretiens se sont déroulés dans une unité de psychiatrie adulte ouverte, auprès de deux infirmières. Ils ont tous les deux eu lieu dans la salle de pause des soignants. J'ai commencé par m'entretenir avec Mme J, puis lorsque l'entretien était terminé, j'ai poursuivi avec Mme C. Les deux infirmières se sont montrées disponibles et intéressées.

Le troisième et le quatrième entretien se sont déroulés dans une unité de psychiatrie adulte fermée, auprès de deux autres infirmières. Ils ont eu lieu dans un bureau au calme, d'abord avec Mme L puis avec Mme A. Avant de débiter mes entretiens, une bonne dizaine de minutes se sont écoulées car aucun des deux soignants n'avaient réellement envie de répondre à mes questions.

Une fois l'entretien débuté, Mme L s'est sentie impliquée et intéressée ; Mme A, quant à elle, ne semblait pas très inspirée par mes questions

### 1.5. Le traitement des données

Pour traiter mes données recueillies, j'ai tout d'abord retranscrit chacun de mes entretiens. (Annexe 5). J'ai ensuite procédé à un code couleur. En effet, il m'a paru plus simple de regrouper les éléments de réponses pour en faire une analyse. Par exemple, si ma première question parle de l'expérience mais que je retrouve cette notion dans une autre question, j'utiliserai la même couleur puis regrouperai les deux éléments de réponse pour les mettre en lien et ainsi pouvoir mieux les analyser.

### 1.6. L'analyse des données

Après avoir traité les données et pour synthétiser mes quatre entretiens, j'ai élaboré, d'une part, un tableau avec le profil de chaque soignant (Annexe 6) et, d'autre part, un tableau avec les fragments de réponses significatives par question et par soignant (Annexe 7).

Les données ont ensuite été analysées grâce à la méthode qualitative et traitées grâce au code couleur cité ci-dessus.

Ainsi, je commencerai dans un premier temps par présenter l'analyse descriptive des résultats par thème, puis je présenterai, dans une seconde partie, une analyse explicative en mettant en lien les résultats des entretiens, les recherches bibliographiques et le cadre conceptuel. Une fois l'analyse explicative faite, je validerai ou non mon hypothèse.

### 1.7. Les limites de l'enquête

Cette investigation sur le terrain m'a néanmoins posé quelques difficultés.

En effet, l'entretien semi-directif étant un outil à questions ouvertes, il m'était parfois difficile de ne pas orienter les réponses de mon interlocuteur. J'ai tout de même essayé de rester la plus neutre possible.

De plus, j'ai rencontré quelques difficultés quant à l'organisation de mes rendez-vous, car initialement, j'aurais voulu interroger deux infirmier(e)s ISP, mais ma disponibilité ne correspondait pas aux leurs.

Enfin, j'aurais aimé interroger plus d'infirmier(e)s afin d'avoir un résultat d'enquête plus riche et plus pertinent.

## 2. LES RESULTATS DE L'ENQUETE : L'ANALYSE DESCRIPTIVE

### 2.1. La présentation

Mme J, 31 ans, a eu son diplôme d'infirmière en 2006. Elle travaille dans une unité psychiatrique ouverte depuis 8 ans et demi et ça a été son premier poste. De plus, elle a suivi de nombreuses formations dont une sur la prise en charge des conduites agressives.

Mme C, 55 ans, a eu son diplôme d'infirmière en 1980 (anciennement appelé diplôme d'infirmière en secteur psychiatrique). Elle travaille depuis 6 ans dans une unité psychiatrique, et a auparavant travaillé dans un service d'admission fermé, toujours en psychiatrie. Mme C a suivi une formation sur la prise en charge des conduites agressives.

Mme L, 31 ans, est infirmière diplômée depuis 2005. Elle exerce dans un service psychiatrique fermé depuis 7 ans et demi, et a auparavant travaillé dans un service géro-psi-chiatrique. De plus, elle a suivi une formation sur la prise en charge des conduites agressives.

Mme A, 28 ans, a eu son diplôme d'Etat d'Infirmière en 2011 et travaille depuis 3 ans dans un service psychiatrique fermé où elle occupe son premier poste. Elle a suivi des cours de self défense et est enceinte.

Parmi ces infirmières, deux d'entre elles se démarquent. D'une part, Mme C, ayant un bon socle d'expériences avec 34 ans de métier et ayant le diplôme d'ISP et d'autre part, Mme A, n'ayant que 3 ans d'exercice à son actif.

Enfin, Mme A est la seule soignante ayant suivi des cours de self défense mais c'est aussi la seule qui n'ait pas eu la formation de prise en charge des conduites agressives contrairement aux trois autres infirmières.

## 2.2. Thème : l'expérience

Mme J dit que l'expérience s'acquiert avec la pratique régulière et les années de travail. Elle pense que suivant l'ancienneté dans le service, l'expérience est plus ou moins conséquente. De plus, elle trouve que l'expérience est importante pour prendre en charge un patient psychotique car elle pense que le soignant aura plus de facilité s'il connaît le patient. Enfin, Mme J soutient que le soignant aurait moins de connaissances sur la sémiologie du patient en début de carrière car bien que l'école enseigne la théorie, il est plus formateur pour le soignant d'être confronté directement au patient psychotique.

Mme C dit que l'expérience s'acquiert au fil des années et s'apprend sur le terrain. En outre, elle dit qu'avec l'expérience et l'âge, le soignant aborde le patient psychotique différemment car il aura acquis de la confiance et sera plus sûr de lui. Ainsi le patient serait, d'après l'infirmière, d'avantage rassuré. Enfin, Mme C pense que le comportement du patient est différent lorsqu'il est face à une jeune infirmière.

Mme L dit que l'expérience est une évolution et qu'elle s'apprend grâce aux échanges et aux interactions. De plus, elle trouve que l'expérience permet au soignant de connaître le patient, de repérer les signes qui montrent que ce dernier va mal. Pour Mme L, l'expérience permettrait aussi de s'adapter plus facilement au patient, puisque le soignant saura ce qui a fonctionné pour le patient auparavant. Enfin, pour la soignante, l'expérience

permettrait de se comporter différemment avec le patient, en prenant son temps, sans se précipiter lors d'une parole ou d'un geste. Elle pense d'ailleurs que le patient psychotique a besoin d'un soignant qui prend son temps.

Mme A pense que l'expérience est pluridimensionnelle et que le terrain en est la base, bien que cette expérience, selon Mme A, peut aussi bien s'acquérir par soi-même que par les collègues. De plus, elle pense que la prise en charge du patient psychotique sera différente avec de l'expérience car le soignant aura déjà du vécu derrière lui. Enfin, pour l'infirmière, la relation entre le patient psychotique et le soignant s'établirait plus aisément si le soignant a de l'expérience car Mme A dit que le patient se sentirait en meilleure confiance face à un soignant expérimenté.

### 2.3. Thème : la violence

Mme J dit que la violence c'est faire du mal à autrui. Elle différencie plusieurs types de violence : verbale, physique et psychologique. Elle pense aussi que la pathologie du patient ainsi que certains comportements (trop insistants ou dans l'affront) de la part des soignants peuvent induire de la violence chez le patient psychotique. Pour pallier cette violence à laquelle elle a déjà été confrontée, Mme J essaye de garder son calme, en essayant de maîtriser le patient pour éviter que la situation dégénère. De plus, elle dit qu'il est plus facile de gérer la violence en équipe ou avec la présence du médecin, et que les moyens mis à disposition tels les PTI sont importants pour alerter et intervenir le plus vite possible. Mme J soutient aussi qu'elle ne rentre jamais dans un conflit. Enfin, selon elle, il y aurait des signes avant-coureurs qu'il faudrait repérer pour prévenir le risque de passage à l'acte.

Mme C distingue deux types de violence : la violence verbale et la violence physique. Pour la soignante, seul le délire serait en cause d'une violence chez le patient psychotique. De plus, ayant déjà été confrontée à la violence pendant sa longue carrière, Mme C parle de l'importance du travail

à faire en amont afin d'éviter que la situation dégénère. Elle dit que le mieux serait de rester calme en temporisant la situation et en rassurant le patient. Elle soulève aussi le rôle du travail d'équipe et de la rapidité d'agir au mieux pour tous avec l'aide du médecin pour mettre en place un traitement voire une mise en chambre de soins intensifs si le patient psychotique s'avérait trop violent. Enfin, afin d'éviter le risque de passage à l'acte, Mme C dit que le patient présenterait des signes précurseurs de son mal-être. Ces signes se remarquent, d'après l'infirmière, avec l'expérience.

Mme L, quant à elle, ne parle que de violence verbale et pense que le délire est rarement en cause chez le patient psychotique violent, mais qu'il s'agirait de frustrations telles que l'attente, la contrainte ou encore un manque d'écoute de la part du soignant. Pour l'infirmière, la connaissance du patient est importante puisque la réaction du soignant dépendrait de cette connaissance. De plus, elle dit prendre sur elle lors de situation violentes et essaye d'avantage de comprendre la raison de cette violence en parlant au patient pour le calmer. Mme L dit aussi que lorsque la violence chez un patient est trop fréquente, elle met sa dernière face à sa propre violence et passe aussi le relai à ses collègues. Par ailleurs, Mme L ne se pose pas de questions lorsque la violence devient physique. Elle dit appliquer le protocole de l'établissement en alertant à l'aide de la PTI. Enfin, selon l'infirmière, l'idéal serait d'éviter une situation violente en repérant les signes chez le patient afin de casser « l'enchaînement » de la violence en analysant la situation et en écoutant le patient lorsque ce dernier est encore capable de parler. En effet, selon la soignante, une fois la violence installée, il serait difficile de l'arrêter.

Mme A distingue elle aussi plusieurs types de violence : physique, verbale et morale. Selon elle, la violence serait le résultat d'un débordement d'émotions internes, que le patient n'arriverait plus à gérer lui-même. Pour l'infirmière, il y aurait plusieurs causes de la violence, notamment le délire du patient psychotique, l'incompréhension dans sa prise en charge ainsi que son manque d'autonomie. De plus, Mme A dit que la connaissance du



patient l'aiderait à adapter ses réactions face à la violence de ce dernier, car face à l'inconnu elle ne saurait pas jusqu'où le patient serait capable d'aller. Par ailleurs, la soignante a eu un long temps de réflexion avant de dire qu'elle a déjà été confrontée à la violence. Elle dit ensuite garder son calme sans jamais se mettre en danger ou contredire le patient psychotique violent et dit appeler à l'aide pour isoler le patient en dernier recours. Mais l'infirmière soutient que pour elle, il n'y a pas d'attitude idéale face à la violence. Enfin, Mme A n'a pas pu répondre à la question N°7 de mon guide d'entretien.

#### 2.4. Thème : La bienveillance

Pour Mme J, la bienveillance prendrait en compte le bien-être physique et moral du patient quoi qu'il puisse dire. Ce serait, selon elle, agir pour le bien du patient, en gardant à l'esprit que les soignants sont là pour soigner une personne malade. Par ailleurs, l'infirmière interrogée pense que certains éléments pourraient avoir un impact sur son attitude face à un patient psychotique violent, notamment ses émotions personnelles (en modifiant ses réactions) ou encore son état du jour. De plus, elle pense aussi qu'un jeune soignant diplômé pourrait d'avantage craindre la violence car selon elle, ce dernier aurait du mal à mettre à distance son propre vécu. Mme J dit que la connaissance de soi-même permettrait de prendre assez de recul pour ainsi mieux analyser une situation. Enfin, pour conserver cette bienveillance face à la violence d'un patient psychotique, Mme J garde toujours à l'esprit que le patient a besoin d'aide et pense, d'une part, que les formations suivies permettraient de se préparer à cette violence sans pour autant l'être en retour, et, d'autre part, que les moyens mis à disposition tels la PTI, l'aideraient à se sentir en sécurité, car pour l'infirmière, se sentir en sécurité l'aiderait aussi à maîtriser ses émotions (la peur par exemple) et donc à rester bienveillante.

Pour Mme C, être bienveillante ne signifie pas qu'un soignant doit tout accepter, car selon elle, un soignant qui ne pose pas de limites au patient

perdrait sa crédibilité aux yeux de ce dernier. Un soignant bienveillant resterait disponible en donnant ce qu'il peut, tout en laissant une certaine autonomie au patient. Pour Mme C, la connaissance du patient, la connaissance de soi ainsi que l'expérience pourraient influencer son attitude face à la violence, car la connaissance du patient lui permettrait d'éviter que la situation aille trop loin et la connaissance de soi-même lui permettrait aussi de savoir comment réagir en restant calme face à une telle situation. Enfin, la soignante dit qu'elle n'est jamais seule face à la violence car il y a la PTI ou encore l'équipe à proximité.

Selon l'infirmière, le fait de ne pas être seule face à un patient violent lui permettrait de rester bienveillante envers ce dernier.

Mme L dit qu'être bienveillante c'est être à l'écoute de l'autre en lui laissant son individualité et en le considérant en tant qu'humain. C'est aussi aider les patients en leur laissant leur autonomie et en leur laissant une certaine liberté. Pour Mme L, la bienveillance est la base de son métier. Par ailleurs, les éléments qui, selon elle, influenceraient son attitude face à la violence seraient, d'une part, la vision de l'équipe et du médecin, et les formations suivies, car elles permettraient à la soignante d'évoluer en voyant les choses différemment, et d'autre part, la connaissance du patient et l'histoire qu'il peut y avoir entre lui et le soignant, car selon Mme L, la connaissance du patient permettrait d'avoir du recul lors de situations violentes face à ce même patient. Pour terminer, l'expérience influencerait aussi l'attitude soignante. Selon Mme L, ce sont d'une part, les ressources personnelles du soignant telles son statut d'humain et la gestion de ses émotions qui aideraient ce dernier à rester bienveillant, et d'autre part, les formations suivies.

Pour Mme A, un soignant bienveillant fera de son mieux pour que le patient se sente bien et qu'il connaisse le moins possible, la souffrance psychique. La bienveillance inclut la relation d'aide, l'écoute, l'authenticité et le non jugement. En outre, les émotions personnelles auraient, selon l'infirmière, un impact sur son attitude face à la violence du patient

psychotique, car ces dernières la rendraient impuissante, ne sachant comment réagir devant une telle situation. Néanmoins, Mme A pense que l'expérience jouerait aussi un rôle dans l'attitude soignante mais elle ne précise pas pourquoi. Enfin, pour rester bienveillante face à un patient psychotique violent, l'infirmière soutient qu'il faut rester soi-même, authentique, en gardant à l'esprit qu'elle a choisi son métier et qu'il s'agit là, de patients malades.

### 3. LES RESULTATS DE L'ENQUETE : L'ANALYSE EXPLICATIVE

#### 3.1. Les apports de l'expérience infirmière dans la prise en charge du patient psychotique violent

Pour toutes les infirmières, il est évident que l'expérience s'acquiert par la pratique et sur le terrain. Tout comme mon cadre conceptuel qui dit que l'expérience est une « pratique, généralement prolongée, que l'on a eue de quelque chose considérée comme un enseignement. »<sup>98</sup>

De plus, comme le définit le Petit Robert, « L'Homme tire d'avantage non seulement de sa propre expérience mais encore de celle de ses prédécesseurs. »<sup>99</sup> Mme A pense aussi que son expérience vient également de ses collègues.

Enfin, Mme L rajoute que son expérience s'acquiert grâce à la relation, aux interactions, tout comme le disent MALLET et VERNIERES dans mon cadre conceptuel.<sup>100</sup>

J'ai constaté, en faisant l'analyse descriptive des entretiens, que l'expérience apporte plusieurs choses au soignant, notamment une meilleure connaissance du patient et de sa pathologie ainsi qu'une attitude soignante différente face à la violence.

---

<sup>98</sup> *Cadre conceptuel*, partie 2, page 24, lignes 15 à 17

<sup>99</sup> *Ibid*, partie 2, page 27, lignes 13 à 15

<sup>100</sup> *Ibid*, partie 2, page 25, lignes 17 à 21

### 3.1.1. La connaissance du patient et de sa pathologie

Pour Mme J, Mme C et Mme L, l'expérience aiderait le soignant à mieux connaître le patient ainsi que son histoire et donc, à mieux prévenir ou prendre en charge la violence de ce dernier.<sup>101</sup>

J'ai d'ailleurs trouvé un extrait de témoignage dans un article de MORASZ L., qui montre que la prise en charge du patient psychotique violent est différente lorsque le soignant le connaît : « *Amar B., ce nom me dit quelque chose... Bien sûr, c'est l'un des patients dont j'étais référent lors de mes premières années d'exercice en qualité d'infirmier. Je connais bien son histoire. [...] Je ne pense pas nécessaire de faire intervenir tout de suite les forces de l'ordre...* »<sup>102</sup>

De plus, la bonne connaissance du patient permettrait, selon trois infirmières interrogées, d'adapter sa réaction face à la violence, puisque le soignant aurait pris d'avantage de recul face à la situation et saurait comment prendre en charge la violence afin d'éviter qu'elle n'aille trop loin.

Ainsi, en référence à mon cadre conceptuel, nous avons pu voir que l'expérience permet au soignant d'être plus compétent, et que « quelqu'un de compétent est quelqu'un qui est capable de juger une situation et d'intervenir à bon escient. »<sup>103</sup>

Enfin, la connaissance du patient par l'expérience exigerait au préalable une bonne observation de ce dernier. En effet, selon trois infirmières, connaître le patient permettrait de déceler les signes précurseurs d'un éventuel passage à l'acte chez ce dernier. Ces trois mêmes soignantes ayant déjà quelques années de pratique de la profession, disent être capables de voir, par leur observation et leur analyse, que le patient va mal.

Dans mon cadre conceptuel, j'ai bien relevé l'importance de l'observation pour anticiper une situation, et selon MORASZ L., « ... *Les patients qui passent à l'acte ont souvent posé, les jours ou les heures*

---

<sup>101</sup> *Cadre conceptuel*, partie 1, page 17, lignes 12 à 17

<sup>102</sup> BOURDEUX C., Risque la psychiatrie, *Soins Psychiatrique*. Janvier/Février 2006, N°242, p.25

<sup>103</sup> *Cadre conceptuel*, partie 2, page 25, lignes 9 et 10

*précédentes, une série plus ou moins visible d'acting out témoins d'une pression interne qui monte ... »*<sup>104</sup>

Néanmoins, j'ai constaté lors de mon analyse des entretiens, que l'infirmière ayant le moins d'expérience n'a jamais parlé de prodromes durant tout le long de l'entretien. Nous pourrions ainsi supposer que les signes avant-coureurs d'un passage à l'acte chez le patient psychotique ne sont observables qu'avec d'avantage d'expérience ou peut-être que la soignante n'a pas été suffisamment confrontée à la violence et n'a de ce fait, pas assez de recul ?

### **3.1.2. L'attitude soignante face à la violence**

J'ai pu constater au cours de mes entretiens que pour toutes les infirmières, l'expérience changerait l'attitude du soignant face à la violence du patient psychotique.

En effet, on peut voir que l'expérience rendrait le soignant plus sûr de lui et plus confiant, ce qui entraînerait peut-être une meilleure prise en soin du patient psychotique violent, puisque ce dernier aurait en face de lui, un soignant rassurant, sans craintes. Comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, « *Par effet miroir, cette attitude rassure le patient en lui manifestant que ses débordements qui l'effraient peuvent trouver des limites grâce à un environnement capable de contenir ses pulsions destructrices.* »<sup>105</sup> Ainsi, en étant rassurant, le soignant réussirait peut-être à amorcer cette violence et à la contrôler.

Enfin, pour les infirmières, l'expérience permettrait aussi une meilleure approche du patient en prenant le temps de lui prodiguer un soin par exemple.

Dans mon cadre conceptuel, j'ai effectivement différencié la jeune infirmière diplômée, qui manquerait peut-être d'assurance face à la violence du patient psychotique, à l'infirmière expérimentée, qui, grâce à sa pratique et ses années d'ancienneté, saurait aborder le patient psychotique d'une manière différente avec une meilleure assurance, ce qui éviterait

---

<sup>104</sup> MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*. Edition Dunod. 2000, p.60

<sup>105</sup> *Cadre conceptuel*, partie 1, page 18, lignes 18 à 22

éventuellement que la situation de violence ne déborde, puisque l'infirmière expérimentée aura déjà « *un socle d'expériences éclairées et construites* »<sup>106</sup> et sera plus à même de s'adapter et de prévenir les conséquences de la violence.

### 3.2. L'émergence de la violence chez le patient psychotique

Selon le rapport annuel de 2012 de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé, on peut différencier les violences verbales, physiques et morales.<sup>107</sup>

Pour Mme J et Mme A, il y aurait trois niveaux de violences : verbales, physiques et morales. Pour Mme C et Mme L, seules les violences physiques et verbales sont apparues. Ainsi, nous pourrions supposer que ces deux infirmières n'étaient pas ou très peu menacées verbalement par un patient psychotique, durant leur carrière.

#### 3.2.1. La pathologie

Pour trois infirmières, la pathologie du patient, et notamment le délire chez le patient psychotique, serait responsable de sa violence.

En effet, comme nous l'avons défini dans le cadre conceptuel, le délire, signe clinique majeur de la psychose, peut amener le patient inconscient de son état, à avoir des hallucinations auditives et/ou visuelles, et à se sentir, par exemple, persécuté par le soignant, sans forcément le viser pour ce qu'il est. Ce délire est centré sur une idée inébranlable pour laquelle le patient attache une foi absolue.<sup>108</sup> Ainsi, ce délire serait à l'origine de la violence.

#### 3.2.2. Le comportement des soignants

Lors de mes entretiens, trois soignantes ont dit que le comportement du soignant pouvait influencer le patient à devenir violent. En effet, pour une

---

<sup>106</sup> *Ibid*, partie 2, page 27, ligne 4

<sup>107</sup> *Cadre conceptuel*, partie 2, pages 27 et 28, lignes 4 à 12

<sup>108</sup> *Ibid*, partie 1, pages 8 et 9, lignes 22 à 30

infirmière, la violence du patient serait liée à l'incompréhension dans sa prise en charge, le fait de ne pas toujours lui expliquer les soins prodigués ou encore de ne pas lui laisser le choix. Ainsi, nous pourrions éventuellement constater un défaut de communication de la part du soignant. En référence à mes recherches bibliographiques, « *L'une des compétences les plus importantes que sont censées posséder les infirmières est le savoir parler. Il s'agit d'être en mesure d'établir un dialogue avec les malades...* »<sup>109</sup>

Quant à Mme L, ce serait la frustration du patient qui serait en cause de sa violence et non son délire. En effet, ce dernier pourrait être frustré que le soignant le fasse attendre suite à telle ou telle demande. Tout comme l'a décrit MORAZS L., et en référence à mon cadre conceptuel, la première étape pouvant amener le sujet à devenir violent serait un sentiment de frustration, mal vécu par le patient psychotique.<sup>110</sup>

Enfin, pour Mme J, ce serait souvent le fait de répondre à la violence par la violence, qui serait en cause du comportement violent chez le patient.

En effet, nous avons pu constater, au travers des recherches bibliographiques, que le rôle du soignant face à la violence est avant tout d'être souple et contenant, mais en aucun cas d'être dans l'affront avec le patient violent, car souvent, cela amplifierait la violence de ce dernier. « *Le sens et le déroulement de la relation violente dépendent aussi du comportement de la future victime et de sa participation la plus souvent involontaire à cette dynamique de violence. [...] Les attitudes [...] peuvent en effet accentuer le caractère critique de la dynamique engagée.* »<sup>111</sup>

### 3.3. Comment réagir face à la violence ?

#### 3.3.1. Notre attitude personnelle

Toutes les infirmières, lors des entretiens, disent que le soignant devrait garder son calme lors d'une situation de violence.

En effet, s'il s'agirait là d'agir rapidement, comme le soutiennent Mme J et Mme C, il ne faudrait pas pour autant se précipiter, car en référence à

<sup>109</sup> WERNER M., *L'expérience infirmière, de la pratique des soins à la transmission des savoirs*. Seli Arslan, 2006. P.129

<sup>110</sup> *Cadre conceptuel*, partie 2, page 28, lignes 23 à 26

<sup>111</sup> MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*. Edition Dunod. 2000, p.46

mes recherches bibliographiques, « *Les situations génèrent bien souvent auprès des soignants une tendance à la précipitation, avec l'intime conviction qu'il faut agir vite pour ne pas courir le risque de passage à l'acte. Or la précipitation peut engendrer dans certains cas l'inverse : une escalade de violence.* »<sup>112</sup>

De plus, une infirmière dit que le soignant devrait rester rassurant face au patient psychotique violent, et deux autres infirmières disent que le soignant ne devrait pas alimenter la violence mais rester en retrait, tout en essayant de comprendre l'origine de cette violence.

Dans mon cadre conceptuel, j'ai soulevé qu'un patient psychotique, susceptible de devenir violent, aurait besoin d'un soignant rassurant en face de lui et capable de contenir cette violence pour aider le patient à aller mieux.

Enfin, seule Mme L évoque le rôle de la parole du soignant, dans la prise en charge de la violence, afin d'atténuer cette dernière. En effet, d'après mes recherches bibliographiques, la parole est le meilleur moyen d'entrer en relation avec l'autre et tant que le patient est encore apte à entendre, il faudrait continuer à lui parler afin de conserver une attitude soignante qui permettrait d'éviter la surenchère du patient car « *C'est au stade de l'acting out que la verbalisation peut produire ses effets les plus prégnants en s'adressant à un patient qui est encore pour un temps en relation avec l'autre représenté par les soignants.* »<sup>113</sup>

### **3.3.2. En corrélation avec l'équipe soignante**

Toutes les infirmières pensent que face à la violence, il faudrait agir en équipe, afin de pouvoir mieux maîtriser le patient. Il s'agirait donc pour elles de passer le relai, d'appeler du renfort à l'aide de la PTI, ou encore de faire appel au médecin pour qu'il mette en place des dispositifs tels qu'une prescription de mise en chambre de soins intensifs ou de traitements pour contenir et calmer le patient.

En effet, lors de chaque entretien, l'infirmière me parlait de la mise en chambre de soins intensifs pour maîtriser la violence du patient, quand ce

---

<sup>112</sup> BOURDEUX C., Risquer la psychiatrie, *Soins Psychiatrie*. Janvier/Février 2006, N°242, p.26

<sup>113</sup> MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*. Edition Dunod. 2000, p.60



dernier n'était plus capable d'entendre la parole de l'autre et que la situation débordait. Comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, le rôle du soignant serait d'aider le patient violent en mettant en place un « *filtre protecteur* »<sup>114</sup>

Ainsi, nous pourrions éventuellement parler de bienveillance de la part du soignant.

### 3.4. Les éléments pouvant influencer l'attitude bienveillante du soignant lors de sa prise en charge du patient psychotique violent

En référence à mon cadre conceptuel et par définition, la bienveillance est un « *sentiment par lequel on veut du bien à quelqu'un* » et c'est « *considérer l'autre en tant qu'être humain unique sans jugement de valeur* ». <sup>115</sup>

Dans mon cadre conceptuel, j'ai aussi soulevé que la bienveillance serait le cœur du métier du soignant et que ce dernier doit être à l'écoute et aider le patient en lui laissant tout de même une part d'autonomie.

Ainsi, il y aurait donc des similitudes entre mon cadre conceptuel et les entretiens, car pour toutes les infirmières, la notion de « *bienveillance* » est quasiment similaire. En effet, elles disent qu'un soignant bienveillant serait un soignant disponible, qui agirait pour le bien-être physique et psychique du patient. De plus, ce serait aussi un soignant ayant des valeurs, considérant l'autre dans sa globalité et son individualité. Selon Mme C, la bienveillance ne se résumerait pas à tout accepter de l'autre ou à tout faire pour l'autre, mais plutôt à laisser le patient s'exprimer en lui posant des limites. Enfin, Mme L dit que la bienveillance est la base de son métier.

Néanmoins, au travers de mes entretiens, j'ai constaté que certains éléments pouvaient influencer l'attitude bienveillante du soignant durant la prise en charge d'un patient psychotique violent.

---

<sup>114</sup> *Cadre conceptuel*, partie 2, page 33, lignes 20 et 21

<sup>115</sup> *Ibid*, partie 2, page 33, lignes 3 à 6

### 3.4.1. Les éléments propres au soignant

#### - L'expérience professionnelle

Toutes les infirmières soutiennent le fait que l'expérience jouerait un rôle dans l'attitude bienveillante du soignant. En effet, comme nous avons pu le voir précédemment, l'expérience aiderait le soignant à aborder le patient psychotique violent avec moins de craintes et plus d'assurance, puisque le soignant aura pris du recul quant aux situations violentes vécues antérieurement. Le soignant aura, non seulement une meilleure connaissance du patient et donc connaîtra son vécu, ses antécédents et sa façon d'agir, mais il aura aussi pris davantage de recul quant aux situations violentes vécues antérieurement et pourra agir en conséquence.

Mme A, lors de mon entretien, a dit que lorsqu'elle ne connaît pas le patient, elle appelle tout de suite du renfort si ce dernier devient violent car elle dit que « *face à l'imprévu on ne sait pas ce qui pourrait se passer.* »

Ainsi, cette infirmière rejoint le contenu du cadre conceptuel, qui dit que « *Aborder un domaine nouveau nous place en situation d'insécurité. Nous ne savons pas trop à quoi nous attendre ni comment nous adapter à ce contexte pour anticiper nos réactions.* »<sup>116</sup>

#### - Les émotions

Trois infirmières parlent de l'impact qu'ont leurs émotions dans leur attitude soignante face à la violence.

En effet, nous avons pu voir dans le cadre conceptuel que les émotions (la peur par exemple), pouvaient amener le soignant à recourir à des mécanismes de défense inconscients face aux patients, ce qui l'amènerait à ne pas forcément être dans la bienveillance. « *Les attitudes immédiates que nous allons activer lors d'un passage à l'acte vont dépendre*

---

<sup>116</sup> Cadre conceptuel, partie 2, page 33, lignes 20 et 21

*de notre vécu, de notre état émotionnel du moment [...] Elles sont [...] automatiques et relèvent [...] de déterminant inconscients... »<sup>117</sup>*

Lors de mes entretiens, Mme J et Mme A pensent que les émotions auraient un impact sur l'attitude soignante bienveillante et les rendraient parfois impuissantes face à une situation violente.

Par ailleurs, Mme L pense que les émotions sont une ressource face à la violence d'un patient psychotique, si ces dernières sont contenues et canalisées.

#### - La connaissance de soi

Trois infirmières disent que la connaissance de soi influencerait l'attitude du soignant en le rendant plus bienveillant, mais elles disent aussi que c'est cette connaissance de soi qui aiderait le soignant à connaître ses propres réactions face aux situations difficilement gérables. Comme le montrent mes recherches bibliographiques, « *Pour contrôler une situation, il faut se contrôler soi-même. [...] Si certains patients cherchent à nous faire peur, ils ne supportent pas, la plupart du temps, que les soignants affichent ce sentiment. [...] nos émotions (colère, inquiétude, etc.) sont à transcrire dans un langage non-angoissant.* »<sup>118</sup>

Ainsi, en se connaissant mieux, le soignant serait capable de contenir le patient psychotique violent et ce dernier aurait en face de lui, un soignant rassurant car nous avons vu précédemment qu'un soignant rassurant aide le patient à contenir ce que ce dernier n'est plus en capacité de contenir lui-même.

### **3.4.2. Les éléments propres à l'institution**

Pour terminer sur les éléments influençant l'attitude du soignant à rester bienveillant, deux infirmières ont parlé du rôle aidant des formations suivies, durant leurs années d'exercice, puisque ces formations leur auraient permis de moins appréhender un acte de violence et de mieux maîtriser le patient sans entrer dans cette dynamique de violence.

<sup>117</sup> MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*. Edition Dunod. 2000, p.46

<sup>118</sup> GANDER E., Angoisse et agitation, *Soins Psychiatrique*. Septembre/Octobre 2002, N°222, p.26

Par ailleurs, durant mes entretiens, trois infirmières ont dit que leur attitude était influencée par la présence d'une équipe soignante et par la présence du dispositif instauré par l'établissement qu'est la PTI. « *Le vécu direct ou proche d'une situation violente entraîne deux types distincts de sentiments : la peur et l'insécurité.* »<sup>119</sup>

Ainsi, lorsque le soignant serait confronté à la violence tout en sachant que ses collègues seront prêts à intervenir à tout moment, il se sentirait plus en sécurité et moins seul. Ainsi, selon deux infirmières, c'est ce sentiment de sécurité qui les aiderait à rester bienveillantes en cas de violence.

#### 4. LA VALIDATION DE L'HYPOTHESE

Durant l'élaboration de ce mémoire, j'ai appris que la violence du patient psychotique est synonyme de souffrance et qu'elle n'est ni volontaire, ni dirigée envers le soignant. D'ailleurs, une citation rencontrée lors de mes recherches bibliographiques synthétise très bien l'origine de la violence : « *Quand il n'est plus possible de parler, ni de comprendre, quand on ne veut plus subir, alors naît la violence, pour affirmer que l'on existe.* »<sup>120</sup>

Nous avons pu voir, lors des entretiens, que plusieurs soignantes parlaient de cette violence à proprement dit, en expliquant qu'une fois installée, il est difficile de parler au patient et de stopper le processus. Ainsi, pour éviter que la situation de violence dégénère, il serait important, d'après Mme L, d'écouter le patient tant qu'il est encore abordable, et d'essayer de comprendre l'origine de cette violence. Cela impliquerait donc pour le soignant d'être bienveillant face à la violence du patient psychotique pour aider et protéger ce dernier.

Par ailleurs, si la bienveillance a comme finalité de veiller sur le bien-être physique et psychique du patient, il faudrait aussi que le soignant repère les signes précurseurs chez le patient, afin que la violence de ce dernier puisse être contenue. Or, pour repérer les prodromes, nous avons pu voir, à travers ce mémoire, que l'expérience soignante n'est pas négligeable.

---

<sup>119</sup> MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*. Edition Dunod. 2000, p.47

<sup>120</sup> <http://www.evolute.fr/relation-aide/gerer-agressivite-aide>

En effet, lors de mes entretiens, j'ai pu constater que l'infirmière ayant le moins d'expérience (Mme A), n'a jamais parlé de signes précurseurs, ni même évoqué le risque de passage à l'acte.

De plus, lorsque j'ai abordé avec elle la notion de violence, cette dernière a mis un long moment avant de me répondre. Nous pourrions donc supposer que par manque d'expérience, l'infirmière n'a pas encore eu le recul nécessaire pour repérer les prodromes chez le patient psychotique. D'autant plus, que c'est cette même infirmière qui n'a pas su répondre à ma question concernant l'importance d'une prise en charge précoce du patient psychotique violent, susceptible de passer à l'acte. (Question 7 de mon guide d'entretien, joint en annexe 4)

Si l'infirmière est capable de repérer les signes précurseurs, elle pourrait donc, la plupart du temps, prévenir un passage à l'acte. Dans ma situation, nous avons pu voir que le soignant avait repéré le mal-être du patient, et que la violence verbale de ce dernier n'a pas abouti au passage à l'acte physique. En effet, le soignant a non seulement été capable de rester calme face à cette violence verbale sans entrer dans l'affront, mais a aussi été bienveillant en avertissant le médecin, afin que ce dernier mette en place une mise en chambre de soins intensifs pour le patient.

Ainsi, nous avons pu constater, au travers de ma situation, de mon cadre conceptuel et de l'analyse de mon enquête, qu'être un soignant rassurant, peut aider à désamorcer la violence du patient psychotique. Or, pour avoir une telle attitude soignante, je pense que le soignant doit avoir eu assez de recul sur des situations difficiles à gérer pour pouvoir agir en conséquence, sans laisser ses propres émotions prendre le dessus.

En effet, trois infirmières parlaient de l'implication de leurs émotions dans la prise en charge de la violence et parlaient aussi de l'importance de se connaître soi-même. Nous pourrions donc supposer que, si l'infirmière a une bonne connaissance d'elle-même, elle sera capable d'agir et de s'adapter à une situation donnée. Aussi, elle sera capable de connaître ses propres réactions et de les canaliser. C'est d'ailleurs ce que disent les

infirmières, lors des entretiens, « *Peut-être, quand on est jeune diplômé, il y a certaines craintes... on a du mal à mettre à distance son vécu personnel* », « *mieux on se connaît, plus on a pris de recul sur d'ancienne situation, plus on les a analysé et mieux on réajustera par la suite* », « *l'expérience et la connaissance de soi influencent puisque le soignant sait comment il va réagir* », « *mes émotions personnelles me rendent plus impuissante et dépourvue* ».

Enfin, si cette connaissance de soi aiderait le soignant à canaliser ses propres émotions et à rester dans une attitude bienveillante face au patient psychotique violent, elle ne peut être acquise que par l'expérience et par un vécu qui reste propre à chaque soignant.

A travers mes recherches, mes lectures et mes entretiens réalisés, je valide mon hypothèse de travail, et affirme que : l'expérience de l'infirmier permet, d'une part, de déceler les signes précurseurs chez le patient psychotique violent pour ainsi prévenir un éventuel passage à l'acte, et, d'autre part, de canaliser ses propres réactions afin de rester dans une attitude soignante bienveillante envers le patient.

# **CONCLUSION**

Si la violence peut avoir un impact sur l'attitude soignante bienveillante, elle n'en n'est pas pour autant une fatalité.

En effet, grâce à ce travail de fin d'études, j'ai compris qu'à travers la violence, le patient cherche à exprimer sa souffrance, son mal-être, et qu'il cherche de l'aide auprès du soignant.

Par ailleurs, rassurer un patient psychotique violent n'est pas évident, et ce sont les recherches que j'ai effectuées et les entretiens que j'ai réalisés auprès des soignants, qui m'ont permis de comprendre l'importance de l'expérience professionnelle dans le milieu psychiatrique.

En effet, c'est grâce à cette expérience que l'infirmier se sera forgé et aura pris suffisamment de recul pour être capable de réagir à bon escient.

De plus, c'est aussi cette expérience professionnelle qui aidera le soignant à ne pas se laisser dépasser par ses propres ressentis car il aura une meilleure connaissance de lui-même et pourra ainsi canaliser ses émotions pour se recentrer sur le patient face à une situation de violence. *C'est parce-que le soignant a réussi à se comprendre lui-même, qu'il sera capable de comprendre celui qu'il se propose d'aider*<sup>121</sup>.

Avant de vouloir maîtriser la violence du patient psychotique, le soignant devrait avant tout maîtriser ses propres réactions afin de ne pas mettre en place des mécanismes de défense qui pourraient empêcher le soignant d'être bienveillant face au patient psychotique violent.

Enfin, n'oublions pas que la violence vécue reste propre à chacun, et qu'au travers de mes lectures et de mes entretiens, j'ai pu remarquer que chaque infirmier réagit différemment face à la violence. Il ne faudrait cependant pas oublier le but premier du soignant, celui de soigner une personne malade.

Durant ce cheminement, j'ai constaté que bons nombres de soignants m'ont parlé de formations suivies au cours de leur carrière d'infirmier, qui les aideraient à mieux prendre en charge la violence d'un patient psychotique.

---

<sup>121</sup> <http://www.evolute.fr/relation-aide/prendre-soin-soi-aider-lautre>



De ce fait, la question suivante vient à moi : comment la formation en soins infirmiers pourrait-elle préparer les futurs professionnels ayant pour projet de travailler dans le milieu psychiatrique, à la gestion de la violence en début de carrière ?

# **BIBLIOGRAPHIE**

## **OUVRAGES**

BERGERT L., et al., *Personnes âgées, une approche globale, démarche de soins par besoins*. Maloine. Avril 1993, p.62 (588p)

CHARTIER J.-P., *Introduction à la pensée freudienne, les concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Payot. 2008, p.178 (193p)

DEFRESNE C., *Les concepts en sciences infirmières*, 2ème édition, Mallet Conseil. Novembre 2012, P.97 (328p)

*Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, les fondamentaux*, Lamarre. 2002, p.307 (363p)

E GBEZO B., *Agressivité et violence au travail, comment y faire face*. Collection formation permanente, ESF. 2ème édition, octobre 2000, p.92 (182p)

FRIARD D., *Les Concepts en Sciences Infirmières*, Mallet Conseil. Avril 2009, p.198 (290p)

HONORE B., *Soigner Persévérer ensemble dans l'existence*, Seli Arslan.2001, p.29 (256p)

JUALL L., *Manuel de Diagnostics Infirmiers*, Masson. 2009, p.37 (769p)

MORASZ L., *Comprendre la violence en psychiatrie*, Edition Dunod. 2000, p.185 (256p)

MORASZ L. et al., *L'infirmier(e) en psychiatrie, Les grands principes du soin en psychiatrie*, Masson. 2004, p. 34 (297p)

TRIBOLET S., et MAZDA S., *Nouveau Précis de Sémiologie des troubles psychiques*, Heures de France. 2005, p.275 (456p)

WENNER M., *L'expérience infirmière, de la pratique des soins à la transmission des savoirs*, Seli Arslan. Avril 2006, p.159 (190p)

## **ARTICLES DE REVUES**

BOURDEUX C., Risquer la psychiatrie, *Soins Psychiatrie*. Janvier/Février 2006, N°242, p.26

BRUN P., et al. ; Peur, moi jamais ! La peur vécue par les soignants, *Soins Psychiatrie*. Juin-Juillet 1988, N°92/93, p.27

COLOMBE J., L'agressivité du patient en contexte thérapeutique, *Psychologie Québec*. Mars 2002, p.27

DEBROCA A., La bienveillance, cœur de tout soin. *Ethique et santé*. Décembre 2011, N°4, p.171

DI ROCCO V., Le travail du délire, *Santé mentale*. Novembre 2009, N°142, p.18

HECKTOR L., Les mécanismes de défense, *Santé Mentale*. Février 2003, N°75, p.22

LOLOUM T., Sémiologie de la peur, *Soins psychiatrie*. Juin/Juillet 1988, N°92/93, p.16

MAISONNEUVE-KASPI A., La peur du soignant...ou touche pas à mon monde ! *Soins Psychiatrie*. Juin-Juillet 1988, N°92/93, p.30

MORASZ L., La violence et le soin en psychiatrie, *Santé Mentale*. Novembre 2003, N°82, p.23

MORASZ L., Ouvre la porte avant que je la défonce !, *Santé Mentale*. Novembre 2003, N°82, p.56

NOACHOVITCH F., Angoisses et agitation, *Revue Soins Psychiatrie*. Septembre/Octobre 2002, N°222, p.36

RIGAUD C., et al., O ma sœur la violence ! *Santé mentale*. Mars 2001, N°58, p.10

THOMAS M., Les hospitalisations sous contraintes, *Soins Psychiatrie*. Mai-Juin 2008, N° 256, p.45

TISSERON S., Violence et agressivité, une distinction essentielle, *Santé Mentale*. Février 2012, N°165, p.6

VANHEMS N. et al., Prendre soin, *Revue hospitalière de France*. Septembre/Octobre 2005, N°506, p.18

VINCENS J., Définir l'expérience professionnelle, *Travail et emploi*. Janvier 2001, N°85, p.22

ZITTOUN C. et al., Peur et institution, *Soins Psychiatrie*. Juin/Juillet 1988, N°92/93, p.17

ZITTOUN C, et al., Peur et institution, *Soins Psychiatrie*. Juin/Juillet 1988, N°92/93, p.18

### **TEXTES OFFICIELS**

Article R4312-25, *Code de la santé publique*.

*Bilan 2012 de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) du 11 juin 2013*

*Bilan 2010 de l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier*

### **DOCUMENTS ELECTRONIQUES**

<http://www.grieps.fr/actualites-le-concept-de-laquo-care-raquo-les-soins-lies-aux-fonctions-de-la-vie-49> (consulté 24/09/14)

<http://www.syndicat-infirmier.com/Peut-on-soigner-sans-prendre-soin.html> (consulté le 20/05/14)

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/agressivite.html> (consulté en avril 2014)

[http://www.hopital-le-montaiqu.fr/docs/Charte\\_bienveillance.pdf](http://www.hopital-le-montaiqu.fr/docs/Charte_bienveillance.pdf) (consulte le 16/10/14)

[http://ehpadlabruyere.pagesperso-orange.fr/livret\\_de\\_la\\_bienveillance.htm](http://ehpadlabruyere.pagesperso-orange.fr/livret_de_la_bienveillance.htm) (consulté le 14/10/14)

[http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/enonce\\_ethique.pdf](http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/enonce_ethique.pdf), diapositive 9 (consulté le 14/10/14)

[www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/sequestration.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/sequestration.html) (consulté le 16/10/14)

[www.evolute.fr/relation-aide/gerer-agressivite-aide](http://www.evolute.fr/relation-aide/gerer-agressivite-aide) (consulté le 11/12/14)

## **COURS THEORIQUES**

Cours dispensé par le Dr KAUFMANN au semestre 5, Les délires chroniques non schizophréniques, *Processus psychopathologiques*, avril 2014.

Cours dispensé par le Dr KAUFMANN au semestre 5, La schizophrénie, *Processus psychopathologiques*, avril 2014.

# **ANNEXES**

# ANNEXE 1

## Entretiens exploratoires

Entretien N°1

Mardi, 6 mai 2014 dans l'après-midi

### **Question 1 : Dans quelle circonstance l'agressivité d'un patient peut-elle générer en vous un sentiment de peur ?**

[Infirmière] - Euh, ben déjà quand on arrive, surtout c'est... nous en tant que femme... C'est sûr que quand le patient te parle sur un ton... voilà, vraiment agressif et que tu vois dans son visage, dans ses yeux que voilà, il se passe quelque chose, tu sens qu'il est tendu tu sens vraiment une sthénicité sous-jacente, là c'est sûr que... voilà... tu prends tes précautions, t'as de la peur qui monte en toi.

[Moi] – Et qu'entendez-vous par « prendre des précautions » ?

[Infirmière] – Ben, quand je suis arrivée ici, au bout de 15 jours, je me suis déjà fait agresser physiquement... Ce n'était rien de trop méchant, mais quand tu débarques dans un service et qu'il t'arrive quelque chose, c'est sûr qu'après t'as un peu plus de mal... Pour ma part, tu gardes tes distances et tu vas vraiment écouter la conversation. Par exemple, s'il vient chez toi et qu'il te demande à voir le médecin, qu'il veut un traitement spécifique, qu'il te dit : « je veux tout casser » etc., il vaut mieux passer le relai à un homme de l'équipe. Il faut savoir tourner la phrase, utiliser les bons mots et ne pas dire n'importe quoi, c'est vraiment là que tu réfléchis de ce que tu dis... pour ma part j'écoute vraiment la conversation, la demande... C'est le strict minimum et puis après je taille, et puis j'en fais part à l'équipe, que ce patient n'est pas bien, qu'il est agressif, et s'il y a un médecin dans les parages, lui dire aussi. Et on peut aussi regarder s'il a un traitement « si besoin » car quand un patient est connu à l'admission pour être agressif, en général il y a un traitement en « si besoin » qui est mis en place... On voit alors s'il y a quelque chose pour lui donner, et voir aussi s'il accepte ou pas... Mais c'est vraiment être distant car si tu rentres dedans, tu ne sais pas jusqu'à quelle point il peut monter.

### **Question 2 : De quels moyens/ressources disposez-vous pour vous protéger de l'agressivité d'un patient ?**

[Infirmière] - Bah déjà passer le relai, s'il y a des soignants hommes ça aide beaucoup, car dès qu'il y a un homme en face d'un patient agressif ça fait tout de suite baisser les choses... après si j'ai une femme en face de moi, elle peut aussi être super aggressive comme un homme mais pour moi je le

prends d'une autre manière, j'arrive mieux à gérer la chose que lorsque je suis en face d'un homme. Bon c'est sûr qu'après ça dépend des gabarits mais en général un homme c'est plus fort. Ensuite le médecin, s'il est là, pour qu'il puisse voir le patient en entretien pour le calmer puisque des fois quand le médecin entre en jeu ça permet d'apaiser les choses car l'agressivité c'est souvent par rapport à des demandes que l'on n'accepte pas (sorties, cigarettes etc..), puis le traitement... Ensuite, on a aussi la PTI , ce n'est pas une protection à proprement parler, mais si jamais il y a quelque chose ben on appuie dessus et on tire la cordelette et l'équipe de sécurité arrive.

[Moi] – oui...

[Infirmière] – Puis garder son calme, parler sur un ton calme, ne jamais montrer qu'on a peur car ça se ressent sur la voix. Garder ses distances, et aussi d'être tout de suite prêt à lever les mains afin de pouvoir intercepter un coup. Ici, on a une formation spécifique pour la prise en charge de l'agressivité et de la violence qui nous apprend les gestes pour se protéger contre le patient agressif, puis s'il se passe quelque chose, il faut essayer physiquement de le maîtriser... Mais dans l'action on n'y pense pas tout de suite et les gestes du patient peuvent être tellement rapides qu'on ne le voit pas venir... Donc soit tu gardes bien tes distances ou alors tu te colles carrément à lui car du coup ses gestes ont moins d'amplitudes et donc la force est beaucoup moins importante. Là il y a une jeune DE qui s'est fait agresser il y a deux semaines par étranglement, et un aide-soignant était là et il a entendu crier puis il est tout de suite intervenu et a réussi à maîtriser.

[Moi] – Donc selon vous, les patients ont plus tendance à agresser les femmes que les hommes ?

[Infirmière] - ... Le comportement d'un patient n'est pas le même en face d'un homme que d'une femme... car les hommes ont le même gabarit...

[Moi] – Je vous remercie de m'avoir accordé votre temps.

Entretien N°2

Mardi 6 mai 2014 dans l'après-midi

**Question 1 : Dans quelle circonstance l'agressivité d'un patient peut-elle générer en vous un sentiment de peur ?**

[Infirmier] : - Moi j'ai déjà eu peur en poste de nuit, quand un patient en soins libres était vraiment revendicateur, quand il voulait vraiment sa sortie. Il revenait tout le temps. C'est vrai qu'en journée on est quand même plus nombreux, alors qu'en nuit on n'est qu'à deux, c'est quand même plus compliqué. Ce n'est pas une peur comme de la panique, mais là je me suis dit que je me sens en danger.

[Moi] - Donc en tant qu'homme ça vous arrive aussi d'avoir peur ?



[Infirmier] - Oui, bien sûr, ça m'est déjà arrivé. Et quand j'ai vraiment eu peur, c'était en poste de nuit. Surtout par rapport au comportement du patient, il insistait pour sa sortie. D'abord on lui a proposé les traitements « si besoin » qu'il avait d'ailleurs pris, puis on a appelé le médecin qui l'a un peu recadré et après ça allait mieux quand il a entendu le médecin lui dire qu'il ne le laisserait pas sortir, qu'il était effectivement en soins libres mais qu'il n'était pas apte à sortir dans son état et que s'il voulait sortir il y aurait eu des mesures qui auraient été mises en place comme une demande de tiers. Et le docteur l'a menacé de le mettre en isolement... Que s'il continue sur cette lancée les infirmiers rappelleraient et qu'à ce moment-là un isolement serait mis en place... Puis bon, le patient y était déjà en isolement, donc il savait ce que c'était donc ça l'a remis en question. On l'a tout de même laissé fumer en pleine nuit alors qu'en général les patients n'ont plus le droit à partir de 23H, mais c'était pour calmer les tensions.

**Question 2 : De quels moyens/ressources disposez-vous pour vous protéger de l'agressivité d'un patient ?**

[Infirmier] - Le PTI, c'est le premier je dirai, puis la parole en apaisant les choses, puis les collègues, passer le relais.. On n'est quand même pas seul, on est 5 en principe.

[Moi] - Oui...

[Infirmier] – Puis ben, essayer de recadrer, essayer de remettre les choses clairement, réexpliquer les règles, remettre les patients en place quand ils posent 5 fois la même question, ça permet d'apaiser la situation, montrer un peu d'autorité quelque part... L'isolement aussi est clairement une ressource pour se protéger. S'il est agressif envers lui-même, il peut être contentonné aux 4 membres... hormis l'agressivité verbale, on n'a plus rien à craindre... Ça m'est déjà arrivé d'ouvrir qu'une seule main pour donner à manger à un patient contentonné que je ne connais pas, et toujours accompagné de l'équipe de sécurité. Dans ce cas il ne peut pas t'arriver grand-chose. Par contre, connaître le patient ça permet quand même souvent de le cerner, de savoir jusqu'à où il peut aller. La connaissance du patient c'est une grande ressource tu sais alors jusqu'à où il peut aller.

[Moi] – D'accord... (Petit instant de silence)

[Infirmier] -... Après je ne suis diplômé que depuis 2 ans mais au bout d'une semaine voire deux, on connaît quand même déjà le patient un petit peu, mais il est vrai qu'au début, quand on ne connaît pas, on est plus méfiant. Au début on observe énormément les gestes, comment il réagit... A force de connaître le patient, parfois un geste peut être un prodrome avant le passage à l'acte. C'est aussi reconnaître les prodromes... Puis il faut aussi prendre du recul et ne pas répondre sur le même ton d'agressivité qu'eux... ça permet aussi d'apaiser la situation.

[Moi] – Je vous remercie de m'avoir accordé votre temps.

## ANNEXE 2

Tableau : Typologie des signalements d'atteintes aux personnes du rapport annuel de 2012 de l'ONVS<sup>122</sup>

Niveau de gravité	Atteintes aux personnes 2012	% de signalements
<b>NIVEAU 1</b>		28%
	Chahut, occupation des locaux, nuisances, salissures	4%
	Exhibition sexuelle	0,30%
	<b>Injures, insultes et provocations sans menace (propos outrageants à caractère discriminatoire ou sexuel)</b>	25%
<b>NIVEAU 2</b>		20%
	Consommation de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool)	1%
	<b>Menaces d'atteintes à l'intégrité physique</b>	20%
	Port d'armes (découverte lors d'un inventaire ou remise spontanée)	0,10%
<b>NIVEAU 3</b>		51%
	Agression sexuelle	1%
	Menaces avec arme par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpel, rasoir, ou tout autre objet dangereux)	1%
	<b>Violences physiques (atteintes à l'intégrité physique, bousculade, crachats, coups)</b>	47%
<b>NIVEAU 4</b>		1%
	Violences avec arme par nature ou par destination	0,50%
	Viol	0,10%
	Tout fait qualifié de crime (homicide, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, enlèvement, séquestration...)	0,10%
	<i>le total par niveau peut être inférieur aux totaux détaillés car une seule déclaration peut recouvrir plusieurs infractions</i>	

<sup>122</sup> FERRARI R., Ministère des affaires sociales et de la santé, *Rapport annuel 2012 de l'Observatoire National de Violence en milieu de Santé*, p12

## ANNEXE 3

### LES MECANISMES DE DEFENSE<sup>123</sup>

La liste des soixante-cinq mécanismes de défense décrits par les différents auteurs :

**1) Activisme** : Gestion des conflits psychiques ou des situations traumatiques externes par le recours à l'action, à la place de la réflexion ou du vécu des affects.

**2) Affiliation** : L'affiliation est la recherche de l'aide et du soutien d'autrui quand on vit une situation qui engendre de l'angoisse.

**3) Affirmation de soi par l'expression des sentiments** : En proie à un état émotionnel ou à un événement extérieur stressant, la personne qui utilise ce mécanisme de défense communique sans détours sentiments et pensées, d'une façon ni agressive, ni manipulatrice.

**4) Agression passive** : Réponse aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes par une agression envers autrui exprimée de façon indirecte et non-combative. Une façade d'adhésion apparente voile la résistance, le ressentiment ou l'hostilité. L'agression passive représente une réponse soit aux exigences d'action ou de performance d'une autre personne, soit au manque de gratification des propres désirs du sujet. Ce mécanisme peut constituer une modalité adaptative pour des personnes qui occupent une position de subalterne et qui n'arrivent pas à s'affirmer ouvertement par d'autres moyens.

**5) Altruisme** : Dévouement à autrui qui permet au sujet d'échapper à un conflit.

**6) Annulation rétroactive** : Illusion selon laquelle il serait possible d'annihiler un événement, une action, un souhait, porteur de conflits, grâce à la toute-puissance d'une action ou d'un souhait ultérieur, censée avoir un effet de destruction rétroactive.

Exemple : lorsque ce patient obsessionnel marche et que de mauvaises idées lui prennent la tête, il soit d'arrêter et revenir d'un pas en arrière, pour corriger la mauvaise pensée, « c'est comme si je corrigeais une erreur dans un livre de compte ». Lorsque tel autre patient touche involontairement la main d'une femme, il doit toucher très vite la main d'un homme pour compenser ce contact interdit.

---

<sup>123</sup> HECKTOR L., Les mécanismes de défense, *Santé Mentale*. Février 2003, N°75, p.20-25

**7) Anticipation** : Anticiper consiste, lors d'une situation conflictuelle, à imaginer l'avenir : en expérimentant d'avance ses propres réactions émotionnelles ; en prévoyant les conséquences de ce qui pourrait arriver ; en envisageant différentes réponses ou solutions possibles.

**8) Auto-observation** : Le sujet traite le conflit émotionnel ou les facteurs de stress internes ou externes en amorçant une réflexion sur ses propres pensées, sentiments, motivations et comportement, et en répondant de manière appropriée.

**9) Blocage** : Inhibition, habituellement temporaire, des affects pouvant aussi concerner la pensée et les pulsions. Le blocage est un processus défensif proche, en tant qu'effet du refoulement.

**10) Clivage** : Action de séparation, de division du moi (clivage du moi), ou de l'objet (clivage de l'objet) sous l'influence angoissante d'une menace, de façon à faire coexister les deux parties ainsi séparées qui se méconnaissent sans formation de compromis possible. Dans l'Abrégé de psychanalyse, Freud applique cette méthode de défense à la psychose. L'une des positions est le fait du ça (le délire) tandis que l'autre est le fait du moi (contact maintenu avec la réalité). Selon Freud ; « même quand il s'agit là d'états hallucinatoires confusionnels, les malades une fois guéris, déclarent que dans un recoin de leur esprit, suivant leur expression, une personne normale s'était tenue cachée, laissant se dérouler devant elle, comme un observateur désintéressé, toute la fantasmagorie morbide. » Mélanie Klein décrit le clivage de l'objet, mécanisme de défense le plus primitif contre l'angoisse. Il est destiné à rendre le moi cohérent et à stabiliser les turbulences relationnelles qui l'agitent. Selon Klein, les relations objectales existant d'emblée, le premier objet (le sein de la mère), se cliverait pour l'enfant en « bon objet », source de gratification gardé à l'intérieur, et en « mauvais objet », source de frustration projeté au dehors. Par ce processus de clivage le thérapeute peut devenir porteur des mauvais aspects de l'objet afin de protéger le « bon » parent externe ou interne.

**11) Compensation** : Tentative inconsciente de trouver des substituts à des pertes ou à des inadéquations réelles ou imaginaires. La mise en marche de ce mécanisme implique une exagération des aspects positifs de la personne.

**12) Complaisance** (ou compliance) : Utilisation de la soumission passive pour éviter les conflits et les facteurs de stress.

**13) Condensation** : Mécanisme, caractéristique de la pensée inconsciente présent dans le rêve, les actes manqués, les jeux de mots..., une représentation unique renvoie à elle seule à plusieurs chaînes associatives à l'intersection desquelles elle se trouve.

**14) Conduite contra phobique** : Défense spécifique contre la phobie.

**15) Contrôle** : Tentative de gérer et/ou de diriger, de manière exagérée les événements et les objets de l'environnement afin de minimiser l'anxiété et

de résoudre les conflits internes. Ce contrôle peut s'exercer par différentes stratégies comme l'intervention avec des suggestions, le sabotage, la séduction, la complaisance excessive...

**16) Contrôle par la pensée** : Utilisation de manière contraignante du processus de pensée en tant que défense contre l'anxiété émergente. Ce mécanisme se caractérise par un besoin de connaître tous les détails d'une manière aussi complète que possible. Le contenu de la situation apeurante n'est pas visé, mais par une familiarisation prolongée qui permet d'anticiper le danger, le sujet tente de se préparer et de diminuer ainsi l'anxiété.

**17) Contrôle omnipotent de l'objet** : Défense maniaque se développant pendant la position dépressive et qui se caractérise par une relation à des objets saisis dans leur totalité et par la prédominance de l'intégration, de l'ambivalence, de l'angoisse dépressive et de la culpabilité. Le contrôle omnipotent de l'objet se développe comme une défense contre l'angoisse dépressive, la culpabilité et la perte. Elle s'appuie sur des relations d'objet qui se caractérisent par le triomphe, le contrôle et le mépris.

**18) (Dé) négation** : Dans l'œuvre de Freud, le terme dénégation recouvre deux sens : refus de reconnaître, comme siens, immédiatement après les avoir formulés, une pensée, un désir, un sentiment qui sont sources de conflit ; refus par le sujet d'une interprétation exacte le concernant, formulée par le psychanalyste.

**19) Dénî** : Action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi.

**20) Dénî de la réalité psychique** : Défense maniaque se développant comme le contrôle omnipotent de l'objet, pendant la position dépressive. Elle s'appuie sur un déni tout-puissant de la réalité psychique, celle du monde interne incluant des pulsions et des objets internes.

**21) Dénî psychotique** : Type de déni caractérisé par une altérité majeure de l'appréciation de la réalité.

**22) Dépersonnalisation** : Mécanisme consistant en une altération de l'image de soi et de l'image du mode de fonctionnement de soi, produite par un désinvestissement de ce qui est perçu comme le moi, et ayant comme résultat un sentiment d'irréel. La perception de soi et des affects paraît irréaliste et semble appartenir à quelqu'un d'autre ; on note un sentiment d'éloignement de soi.

**23) Déplacement** : Fait que l'accent, l'intérêt, l'intensité d'une représentation est susceptible de se détacher d'elle pour passer à d'autres représentations originellement peu intenses, reliées à la première par une chaîne associative.

**24) Dépréciation** : Fait de s'attribuer, ou d'attribuer à autrui, des défauts exagérés.

- 25) Désexualisation** : Changement dans la qualité d'une pulsion mais pas de son objet. Ceci implique une neutralisation dans l'investissement libidinal ou agressif de l'objet.
- 26) Détachement** : Retrait de l'investissement libidinal ou agressif d'un objet.
- 27) Dissociation** : Altération des fonctions d'intégration de la conscience, de la mémoire, de la perception de soi ou de l'environnement ou du comportement sensorimoteur.
- 28) Distorsion psychotique** : Distorsion importante qui transforme la réalité externe pour la rendre conforme à nos désirs. La distorsion peut aussi permettre la fusion hallucinatoire agréable avec une autre personne.
- 29) Evitement** : Détournement actif des pensées, objets ou situations qui sont chargés en conflit.
- 30) Faire le clown, se moquer** : Utilisation excessive ou habituelle de mots d'esprit pour réduire l'anxiété consécutive à des situations stressantes, ou à des pensées ou affects perturbateurs.
- 31) Forclusion** : Mécanisme qui consiste en un rejet primordial d'un signifiant. Conçu comme un mécanisme de défense propre à la psychose, il fait référence au rejet des représentations insupportables avant même qu'elles ne soient intégrées à l'inconscient du sujet.
- 32) Formation réactionnelle** : Transformation du caractère permettant une économie du refoulement, puisqu'à des tendances inacceptables sont substituées des tendances opposées, qui deviennent permanentes.
- 33) Humour** : Au sens restreint retenu par Freud, l'humour consiste à présenter une situation vécue comme traumatisante de manière à en dégager les aspects plaisants, ironiques, insolites. C'est dans ce cas seulement (humour appliqué à soi-même) qu'il peut être considéré comme un mécanisme de défense.
- 34) Hypochondrie** : Transformation des reproches à faire aux autres, découlant de chagrins ou de pulsions agressives en reproche à soi-même au départ et, ensuite, en plaintes de douleurs, de maladie somatique ; d'idées de suicide, de neurasthénie. L'hypochondrie ne constitue pas une tentative pour obtenir des bénéfices secondaires découlant du rôle de malade ; les hypochondriaques se plaignent tout en rejetant l'aide. Au cœur de l'hypochondrie se trouve un reproche masqué.
- 35) Idéalisation** : Le sujet s'attribue ou attribue à autrui des qualités exagérées.
- 36) Identification** : Assimilation inconsciente, sous l'effet du plaisir libidinal et/ou de l'angoisse d'un aspect, d'une propriété, d'un attribut de l'autre, qui conduit le sujet par une similitude réelle ou imaginaire, à une

transformation totale ou partielle sur le modèle de celui auquel il s'identifie. L'identification est un mode de relation au monde constitutif de l'identité.

**37) Identification à l'agresseur** : Ce mécanisme désigne le fait qu'un sujet, confronté à un danger extérieur, s'identifie à l'agresseur selon différentes modalités : soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le caractérisent.

**38) Identification projective** : Mécanisme consistant en un fantasme dans lequel le sujet s'imagine s'introduire partiellement ou en totalité à l'intérieur de l'autre, tentant ainsi de se débarrasser de sentiments, de pulsions ressenties comme indésirables, et cherchant de cette façon à nuire, à posséder et à contrôler cette autre personne. La mère est le premier contenant du bébé, il projette sur elle ses angoisses intolérables. La mère contenante accueille et contient cette angoisse grâce à sa capacité de rêverie, c'est-à-dire les mouvements psychiques par lesquels elle est en mesure de « panser » et « penser » la détresse infantile. Cela permet au bébé d'effectuer le mouvement de retour qui consiste à s'identifier à une mère bonne qui « pense à l'intérieur de lui les situations de conflit, de souffrance, d'angoisse ». Il ne peut y avoir de vie psychique pour le bébé qu'en relation avec l'activité psychique d'un autre être humain.

**39) Intellectualisation** : Recours à l'abstraction et à la généralisation face à une situation conflictuelle qui angoisserait trop le sujet s'il reconnaissait y être personnellement impliqué.

**40) Introjection** : Inclusion fantasmatique de l'objet, d'une partie de celui-ci, ou du lien à ce dernier – qui sert de repère au moi pour l'appréhension de l'objet extérieur dont le détachement est alors possible. (Le petit prince et le renard, le deuil)

**41) Isolation** : Le terme isolation recouvre deux sens. Il peut désigner : une élimination de l'affect lié à une représentation (souvenir, idée, pensée) conflictuelle, alors que la représentation en question reste consciente ; une séparation artificielle entre deux pensées ou deux comportements qui en réalité sont liés, leur relation ne pouvant être reconnue sans angoisse par la personne.

**42) Limitation des fonctions du moi** : Limitation ou perte de l'une, ou de plusieurs fonctions du moi afin d'éviter l'anxiété engendrée par le conflit avec les tendances instinctuelles, avec le Surmoi ou avec les forces ou les objets de l'environnement. La limitation d'une fonction du moi peut être relativement bénigne, avec une faible interférence sur l'efficacité globale du moi. Elle prend cependant souvent la forme d'une inhibition importante du fonctionnement du moi, parfois si pathologique qu'elle devient symptôme.

**43) Manger et boire** : Tendance irrépressible à ingérer des aliments, des boissons, des médicaments... afin de maintenir, ou de restaurer, l'intégrité de soi, surtout l'image corporelle et de contrôler l'environnement. Les mécanismes d'incorporation et d'introjection sont impliqués.

**44) Mise à l'écart** : Tentative de rejet volontaire, hors du champ de la conscience, de problèmes, désirs, sentiments, ou expériences qui tourmentent ou inquiètent un sujet.

**45) Mise en avant des affects** : Fait de mettre un accent particulier sur l'affect ou de l'utiliser de manière excessive afin 'éviter la compréhension et l'explication rationnelle. Les sentiments sont donc inconsciemment intensifiés à des fins défensives.

**46) Omnipotence** : Réponse donnée aux conflits émotionnels ou aux facteurs de stress internes ou externes au cours desquels le sujet se sent ou agit comme s'il possédait des capacités ou des pouvoirs supérieurs à ceux des autres.

**47) Plainte associant demande d'aide et rejet de cette aide** : Le sujet exprime des plaintes ou demandes d'aide répétées (concernant des symptômes physiques ou psychologiques ou des problèmes de vie) ; ces plaintes et demandes dissimulent en fait des sentiments d'hostilité et des reproches à l'égard d'autrui. Ces sentiments s'expriment lorsque le sujet rejette les suggestions, conseils ou offres d'aide apportés par quelqu'un d'autre.

**48) Projection** : Opération par laquelle le sujet expulse dans le monde extérieur ses pensées, affects, désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui et qu'il attribue à d'autres personnes ou choses de son environnement.

**49) Projection délirante** : Forme de projection où le sujet abandonne, en fait, la mise à l'épreuve de la réalité. Dans la projection délirante, les conflits internes sont extériorisés et le sujet leur donne une réalité tangible.

**50) Rationalisation** : Justification logique, mais artificielle, qui camoufle, à l'insu de celui qui l'utilise, les vrais motifs (irrationnels et inconscients) de certains de ses jugements, de ses conduites, de ses sentiments, car ces motifs véritables ne pourraient être reconnus sans anxiété.

**51) Recours à la pensée magique** : Croire que la pensée a force d'action, permettant ainsi de satisfaire un besoin ou d'éviter un danger. Dans cette situation l'épreuve de réalité est abandonnée.

**52) Refoulement** : Rejet de l'inconscient de représentations conflictuelles qui demeurent actives, tout en étant inaccessibles à la prise de conscience. Le retour du refoulé, dont les conséquences peuvent être anodines ou pathologiques, intervient en cas d'échec ou d'insuffisance du refoulement.

**53) Régression** : Retour plus ou moins organisé et transitoire à des modes d'expression antérieurs de la pensée, des conduites ou des relations objectales, face à un danger interne ou externe susceptible de provoquer un excès d'angoisse ou de frustration.

**54) Renversement dans le contraire** : Mécanisme où une pulsion conflictuelle est, non seulement refoulée, mais aussi remplacée par la pulsion opposée.



**55) Réparation** : Mécanisme visant à restaurer un objet aimé, endommagé par les fantasmes destructeurs du sujet. La réparation survient pendant la position dépressive en réaction aux angoisses et à la culpabilité dépressive. Si la réparation fonctionne comme une partie du système des défenses maniaques, elle acquiert les caractéristiques maniaques du déni, du contrôle et du mépris.

**56) Retournement contre soi-même** : Refus inconscient par un sujet de sa propre agressivité, qu'il détourne d'autrui pour la reporter sur lui-même. Ce mécanisme de défense peut être la source de sentiments de culpabilité, d'un besoin de punition, d'une névrose d'échec, de tentatives d'autodestruction.

**57) Ritualisation** : Etablissement d'un certain ordre ou « identité » des choses et du comportement. Le sens disparaît par le refoulement, mais il est implicite dans la forme ou l'ordre qui ont un sens magique. La formalisation en constitue le précurseur.

**58) Retrait apathique** : Détachement protecteur fait d'indifférence affective, de restriction des relations sociales et des activités extérieures et de soumission passive aux événements, qui permet à une personne de supporter une situation très difficile.

**59) Sexualisation** : Doter un objet ou une fonction d'une signification sexuelle, qu'ils n'avaient pas auparavant ou qu'ils avaient en moindre mesure, afin de prévenir l'anxiété en relation avec certaines pulsions ou réactions interdites.

**60) Se cramponner à l'objet** : S'accrocher en fait ou de faire, de manière exagérée, aux objets, être peu disposé à défaire le lien ou à quitter l'objet.

**61) Se tourner vers l'esthétique** : Déplacement de l'intérêt vers la valeur formelle, esthétique, des objets ou expériences, afin d'éviter la prise de conscience des affects liés à la sexualité.

**62) Siffler dans le noir** : Mécanisme qui contient des éléments de la conduite contraphobique, du déni, de la formation réactionnelle et qui implique l'identification à celui qui n'a pas peur ( ce qui pourrait constituer une identification de l'agresseur).

**63) Somatisation** : Selon la liste Valenstein (DSM III-R), il s'agit d'une conversion défensive des dérives psychiques en symptômes psychiques.

**64) Sublimation** : Deux sens : désexualisation d'une pulsion s'adressant à une personne qui pourrait (ou qui a pu) être désirée sexuellement. La pulsion transformée en tendresse ou en amitié change de but, mais son objet reste le même ; Dérivation de l'énergie d'une pulsion sexuelle ou agressive vers des activités valorisées socialement (artistiques, intellectuelles, morales). La pulsion se détourne alors de son objet et de son but (érotique ou agressif) primitifs mais sans être refoulée.

**65) Tomber malade** : Utilisation courante, à des fins d'évitement et régression, des maladies dont le sujet souffre, en les exagérant. La responsabilité peut être évitée, la culpabilité contournée et les pulsions agressives et libidinales vécues comme dangereuses peuvent être ainsi écartées.

## ANNEXE 4

### Guide des entretiens semi-directifs

#### **Questions générales :**

- Sexe et âge et fonction du soignant interrogé
- Lieu/service où se passe l'entretien
- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat d'Infirmier ?
- Depuis quand travaillez-vous dans le service ?
- Avez-vous suivi des formations complémentaires ? Lesquelles ?
- Quel poste avez-vous occupé auparavant ?

#### **THEME 1 : L'expérience**

- 1) Comment définiriez-vous l'expérience professionnelle ?
- 2) Pensez-vous que l'expérience joue un rôle important dans la prise en charge du patient psychotique ?
  - Si oui, pourquoi ?
  - Si non, pourquoi ?

#### **THEME 2 : La violence**

- 3) Que vous évoque le terme de « violence » ?
- 4) Selon vous, qu'est ce qui peut pousser le patient psychotique à devenir violent ?
- 5) Avez-vous déjà été confronté de façon directe ou indirecte à une situation de violence ?
  - Si oui, quelle a été votre réaction ?
- 6) Quelle serait, selon vous, l'attitude soignante à adopter face à une situation de violence ?
- 7) Pourquoi la prise en charge précoce du patient psychotique risquant de passer à l'acte permet-elle de prévenir ce risque ?

#### **THEME 3 : L'attitude soignante bienveillante**

- 8) D'après vous, qu'est-ce qu'un soignant « bienveillant » ?
- 9) Quels éléments pourraient influencer l'attitude du soignant face à la violence d'un patient psychotique ?
  - Question de relance : expérience, connaissance de soi, formation
- 10) Selon vous, de quelles ressources disposent le soignant pour garder une attitude bienveillante dans une situation violente ?
  - Question de relance : (ressources personnelles, ressources institutionnelles dont vous disposez)

## ANNEXE 5

### Retranscription des entretiens

#### Entretien N°1 (durée 17'43)

[Moi] – Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je vais vous poser quelques questions concernant mon sujet. Pourriez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

[Infirmière] - Bonjour, oui, je suis J, je travaille dans un service ouvert... C'est un pavillon d'admission... Donc euh... adulte. Donc on admet les patients de 18 à 60 ans en moyenne. J'ai 31 ans et j'ai obtenu mon diplôme en 2006. C'est mon premier poste dans ce service. Donc euh... en 2006.

[Moi] – Et avez-vous suivi des formations ?

[Infirmière] - Oui j'ai... j'ai eu la formation de prise en charge des conduites agressives. La première et la deuxième c'est une sorte de remise à niveau en fait. Et euh... ben ouai... après des formations de... enfin voilà c'est tout.

#### **Question 1**

[Infirmière] - Euh, ben l'expérience c'est quelque chose qui s'acquiert au fil des années de travail. Euh, plus on a de l'ancienneté plus on a de l'expérience donc voilà ça s'acquiert avec de la pratique et les années de travail.

[Moi] – Donc vous dites par la pratique. Quelles sortes de pratiques, techniques, relationnelles ?

[Infirmière] - Ben les deux après ça dépend de quelle expérience on parle mais dans tous les cas c'est la pratique régulière de quelque chose que ce soit d'un soin technique ou... Enfin peu importe

#### **Question 2**

[Infirmière] - (Silence) Un rôle important c'est ça ?

[Moi] - Oui l'expérience joue-t-elle un rôle important dans la prise en charge du patient psychotique ?

[Infirmière] - Ben euh, disons que... Qu'on soit en début de carrière ou pas je pense qu'on est censé prendre en charge un patient psychotique

simplement...euh, effectivement on va peut-être avoir plus de (silence) plus de facilité à... (Silence) ...à le prendre en charge si on y a été confronté plus souvent car on aura moins peur de l'inconnu... Plus d'assurance peut-être ?... Euh, en début de carrière on a moins de connaissances au niveau des pathologies donc faut d'abord qu'on apprenne un peu tout ça et après ça joue un rôle.

[Moi] - Donc pour vous c'est la connaissance théorique des pathologies qui joue un rôle dans la prise en charge du patient psychotique ?

[Infirmière] - Ben d'abord la connaissance théorique, la sémiologie et euh après oui essentiellement parce-que à l'école on nous apprend des choses mais tant qu'on y est pas confronté on a un peu du mal à repérer les signes.

### **Question 3**

[Infirmière] - Alors la violence euh... (Silence) ben à mon sens il y a plusieurs types de violences. Il y a la violence verbale, il y a la violence physique et la violence psychologique. C'est... comment dire... (Silence) c'est faire du mal à quelqu'un...oui voilà...

### **Question 4 :**

[Infirmière] - Ben d'abord sa pathologie. Un patient psychotique est souvent délirant donc sur un mode hallucinatoire, donc parfois ce sont les hallucinations verbales c'est-à-dire des voix qui peuvent le pousser à agir de manière violente. Parfois c'est... oui, c'est son mal être tout simplement qui le pousse à être violent sans pour autant qu'il veuille vraiment blesser quelqu'un. C'est que par rapport à lui, ce n'est jamais dirigé contre nous mais c'est sa manière de s'exprimer. Après ce qui peut aussi pousser un patient psychotique à devenir violent c'est parfois... (Silence) j'ai envie de dire le comportement de certains soignants qui peuvent parfois pousser le patient à passer à l'acte.

[Moi] - Et par rapport à quoi ?

[Infirmière] - Ben quand on est vraiment dans l'affront, parfois le patient n'a plus les capacités de réfléchir et donc voilà, il clash.

### **Question 5**

[Infirmière] - Indirecte c'est quoi ?

[Moi] - c'est-à-dire vous avez vu un collègue...

[Infirmière] - ha ben oui les deux, les deux. Plusieurs fois même.

[Moi] - ...Être confrontée à la violence... Les deux alors... Et qu'elle a été votre réaction ?

[Infirmière] - Ben quand c'est de manière indirecte ben évidemment on intervient on ne laisse pas le collègue en difficultés. Donc, euh... Ben si le collègue est tout seul et qu'il a réussi à maîtriser le patient ben on va alerter, ça dépend s'il portait la PTI ou pas donc si c'est moi qui l'ai, c'est moi qui vais alerter. Le médecin aussi on va alerter, on va maîtriser le patient pour éviter que ça aille trop loin.

Quand c'est moi qui suis confrontée, ben la réaction... Souvent on est assez surpris. La première réaction c'est effectivement la surprise, on ne s'y attend pas toujours, c'est toujours un petit peu intrusif même si on est censé y être préparé ou même si on a déjà été confronté plusieurs fois, quand c'est de la violence physique notamment (silence) même si c'est qu'une gifle, c'est.. Voilà... (Silence) quand c'est psychologique, ben au fil du temps on arrive à passer outre et voilà on sait très bien que ce n'est pas contre nous et qu'il faut savoir comprendre autre chose derrière.

[Moi] - Vous dites que vous êtes souvent surprise car vous ne vous attendiez pas à un acte de violence et donc quelle est votre attitude face au patient ?

[Infirmière] – ... Je ne rentre jamais dans un conflit dans le sens ou je ne vais pas répondre à la violence par la violence donc voilà.

### **Question 6 :**

[Infirmière] - Ben garder son sang-froid... (Silence) oui surtout rester calme pour pouvoir mettre en place des dispositifs... Comme... Euh... Une chambre d'isolement... Enfin il faut faire le nécessaire pour maîtriser le patient, intervenir le plus rapidement possible.

### **Question 7**

[Infirmière] - Ben euh, bon pas toujours mais souvent euh... On sent quand même que le patient est en train de... Enfin qu'il est sthénique. C'est rare qu'il passe à l'acte d'une seconde à l'autre sans qu'il y ait de signes avant-coureurs, en général le patient est un peu agité, il va tourner dans le service, il va d'abord peut-être être agressif verbalement avant de passer à l'acte physiquement. Donc euh, plutôt on repère les signes, plutôt on pourra prévenir le médecin afin qu'il instaure un traitement, ou euh essayer de... D'avoir un entretien avec le patient s'il est encore capable d'entendre et trouver les raisons de ... ben peut être son angoisse si c'est l'angoisse qui le pousse à devenir violent.

### **Question 8**

[Infirmière] - Alors un soignant bienveillant... (Silence) c'est un soignant qui agit avant tout pour le bien du patient quelques soit les circonstances il va prendre en compte le bien-être physique et moral du patient même si le soignant est peut-être blessé... (Silence) ben, dans son orgueil, par certains mots... Ben ce qui compte c'est de garder à l'esprit qu'on est là pour soigner quelqu'un, pour le prise en charge... C'est des gens qui sont malades... (Silence) donc oui être bienveillant c'est tout mettre en place pour le bien-être du patient.

### **Question 9**

[Infirmière] – (Silence)... Euh, ben parfois en fonction de notre, euh ... de notre état du jour, enfin je veux dire parfois nos émotions personnelles vont avoir un impact sur nos réactions... Peut-être les jours où l'on se sent moins bien nous-même on va peut-être réagir différemment face à un patient violent. (Silence) peut-être aussi quand on est plus jeune diplômé on peut avoir certaines craintes et donc peut-être, euh, plutôt prendre c'est distance plutôt que d'agir le plus rapidement possible... Oui donc ce qui peut influencer c'est nos émotions, notre propre vécu...

[Moi] - Pensez-vous que la connaissance de soi peut influencer l'attitude du soignant ?

[Infirmière] - Ben disons que mieux on se connaît dans le sens ou peut-être qu'au début on a peut-être du mal à mettre à distance notre vécu personnel. Donc oui si ça rentre dans la connaissance de soi le vécu oui. Je dirai que mieux on se connaît, plus on a pris du recul sur d'anciennes situations et plus on les a analysé et mieux on réajustera par la suite en fait.

### **Question 10**

[Infirmière] - Alors euh... (Silence) des ressources ?

[Moi] - Ben elles peuvent-être personnelles, ou institutionnelles...

[Infirmière] - Ben déjà les ressources... Déjà on a appris dans cette formation à maîtriser un patient violent sans lui faire de mal. En général on arrive à, voilà, donc à le maîtriser sans pour autant rendre les coups. Donc voilà pour moi c'est rester bienveillant dans le sens ou on ne va pas nous-même être violent envers lui, même si lui peut-être le perçoit comme une violence mais en tout cas à aucun moment on va le blesser physiquement. Ensuite comme ressource on a les collègues, le corps médical. Quand on sait qu'on ne se retrouve pas seul face à la violence et que les collègues peuvent intervenir (silence) et que le médecin va pouvoir agir en prescrivant

une contention physique (silence) ou euh, chimique, donc les médicaments. Après nos ressources c'est aussi euh... (Silence) (Se pose la question suivante à haute voix : pour rester bienveillant, qu'est-ce qu'on a comme ressources ?) (silence) toujours garder à l'esprit qu'on n'est pas euh.. Qu'on n'est pas sur un ring de boxe, que le patient a besoin d'aide, que sa violence c'est l'expression d'une souffrance et pas juste de la... (Silence) ben ce n'est pas de l'agressivité justement ce n'est pas dirigé... après on a aussi le port de cette protection du travailleur isolé qui permet d'avertir. Avant tout La première chose à faire c'est d'alerter pour pouvoir se sentir en sécurité. Je pense qu'on est plus bienveillant quand on se sent en sécurité que quand on est vraiment face à notre propre peur et qu'on n'arrive plus à gérer nous-même nos émotions. Donc maîtriser ses émotions ça permet de rester bienveillant.

[Moi] - Très bien, merci pour ce temps que vous m'avez accordé.



## Entretien N°2 (durée 11'41)

[Moi] – Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études,

[Infirmière] – Bonjour. Alors j'ai 55 ans, je m'appelle C, je travaille dans un pavillon ouvert en service libre... Depuis 6 ans, et j'ai obtenu mon diplôme d'état en 1980, c'était encore l'ancien diplôme d'ISP, spécialisé en psychiatrie et j'ai suivi plusieurs formations dont une spécifique à la violence, la prise en charge des conduites agressives.

[Moi] – D'accord, et avant ce service, vous avez travaillé où ?

[Infirmière] – J'ai travaillé dans un service d'admission fermé.

### **Question 1**

[Infirmière] – Ben elle s'acquiert au fil des années (rires), ouai, il y a déjà tout ce qui est théorique t'apprends en cours mais c'est largement insuffisant. L'expérience c'est sur le terrain parce qu'en cours tu ne peux pas apprendre une façon type de prendre en charge...

### **Question 2**

[Infirmière] - Aussi ouai. (Silence) ben déjà avec l'expérience tu abordes le patient différemment tu te sens plus sûre de toi et la confiance, et le patient le sent. (Silence) Souvent face à une infirmière jeune il a un autre comportement. Ça aussi c'est important, l'âge... Ca dépend comment tu peux répondre, si le patient sent que tu es sûre de toi... ça influence beaucoup.

[Moi] - Ca influence beaucoup, c'est-à-dire

[Infirmière] - Je pense que ça le rassure si toi tu es sûre de toi. Je pense que le patient le sent, ça le rassure

### **Question 3**

[Infirmière] - (silence) La violence en générale ?

[Moi] - Oui

[Infirmière] - Ben ça peut être varié. Ça peut être de la violence uniquement verbale, ça peut être physique. Là on a beaucoup évolué en psychiatrie depuis qu'on a l'équipe d'intervention, depuis qu'on a les PTI, moi j'ai quand même encore bossée de nombreuses années où on n'avait pas tout ça. Et il y avait l'infirmier, l'infirmière et voilà, il fallait assurer avec le médecin. Après

si tu pouvais tu appellais du renfort dans les autres unités mais souvent il fallait gérer... à deux ou à trois... Et en cas d'agitation, de violence, de passage à l'acte, ben tout le monde s'y mettait. T'as l'ASH qui donnait un coup de main, qui maintenait le patient, tout le monde... Aujourd'hui tu appuies, voilà...

#### **Question 4**

[Infirmière] - Ben souvent c'est son délire quoi. Il entend des choses, il voit des choses, parfois toi tu t'en rends pas compte s'il l'exprime pas toi tu ne le remarques même pas alors que lui il voit des choses et... (Silence)

[Moi] - Donc la pathologie seulement d'après vous ?

[Infirmière] - ha tu parles de ce qui peut générer la violence... ben pour certains patients oui, la pathologie, pff, certains patients il suffit d'une petite frustration ils n'arrivent pas à canaliser. Sinon en général on essaye d'éviter que ça tourne au vinaigre entre guillemet (rire)

#### **Question 5**

[Infirmière] – Plusieurs fois dans ma carrière qui fut longue. (rire)

[Moi] - Et quelle a été votre réaction ?

[Infirmière] – (silence) Ben comme dit pendant des années on a dû réagir en équipe, spontanément rapidement puisque tu savais que t'avais pas de secours de l'extérieur et donc tout le monde savait ça, on y allait et il fallait maîtriser le patient, il fallait appeler l'interne il fallait que ça se fasse. On avait notre façon de fonctionner, propre à l'équipe. (Silence) on avait des chambres d'isolement donc voilà, il fallait réagir, tu mettais le patient, tu appellais le médecin... et c'était assez rodé je veux dire dans l'équipe dans laquelle je bossais. (Silence) parce qu'on se connaissait, tu savais comment l'autre allait réagir, tu savais ce que tu pouvais faire

[Moi] - D'accord

#### **Question 6**

[Infirmière] – Ben déjà, en amont, éviter que ça dégénère, si tu peux. Après ben c'est essayer de rester calme, essayer de temporiser, essayer de rassurer le patient, ça aussi selon les pathologies (silence), si c'est un patient délirant qui voit des choses, t'as beau le rassurer souvent ils sont inaccessibles à toute réassurance. (Silence)

[Moi] - Oui ...

[Infirmière] – (silence) Il lui faut donc un traitement déjà pour calmer tout ce qu'il voit, son délire, ses hallucinations. Mais tout ça c'est en amont. (Silence)  
Ou alors c'est à l'admission en crise, quand le patient n'est pas traité

### **Question 7**

[Infirmière] – Ben ça la réponse je vous l'ai donné, le traitement. (rires) déjà pour commencer. Après quand tu vois souvent il y a des petits signes où tu remarques que le patient est mal, ou qu'il y a quelque chose qui se prépare... ça aussi c'est par l'expérience que tu remarqueras ça. Il m'arrive de dire que je ne le sens pas ce patient. Ce n'est pas une observation infirmière je le sens pas, mais parfois ça révèle, ça veut dire qu'il y a quelque chose qui va se passer. Ça c'est personnel hein (rires)

### **Question 8**

[Infirmière] – Un soignant bienveillant n'est pas un soignant qui dit automatiquement oui à tout. (Silence) parce que sinon euh, en tant que soignant, tu perds ta crédibilité, tu ne peux pas dire oui à tout. Il y a un moment où il faut que tu dises non et c'est là que ça peut dégénérer. Ça c'est mon expérience personnelle.

[Moi] - Et la bienveillance ?

[Infirmière] – Ben il faut quand même rester (silence) disponible dans la limite de ce que tu peux, donner ce que tu peux. Et bienveillance ne veut pas dire faire pour le patient, faire à sa place.

(Silence) je ne sais pas si tu lui rends service si tu fais à sa place. Après quand t'es plus là qui c'est qui fait ?

### **Question 9**

[Infirmière] – Là il y a un truc auquel je pense. Je sais que dans ma carrière on a déjà eu des soucis face à des patients qui étaient à la limite de passer à l'acte et un collègue homme m'a envoyé moi en tant que femme et ça c'est très bien passé. Il était avec moi tu vois, il ne m'a pas envoyé au casse-pipe, mais le patient était à la recherche d'agressivité vis-à-vis de l'homme, il avait envie de passer à l'acte, il avait envie de se battre. Et par rapport à la femme il a su se calmer, ouai...

[Moi] - Et vous pensez que l'expérience et la connaissance de soi influencent aussi ?

[Infirmière] – Automatiquement. Ben tu sais comment tu vas réagir, tu sais que tu arriveras à rester calme face à la violence verbale par exemple, après

dans ta carrière tu rencontreras peut être des gens qui ne pourront pas, qui répondront.

### **Question 10**

[Infirmière] – Ben actuellement on a l'équipe d'intervention c'est très important et le PTI, c'est des aides précieuses hein. (Long silence) .répétez moi encore la question (rises) tu as l'équipe derrière toi, c'est un travail d'équipe, le fait de ne jamais être seule. (Silence) ouai ...

[Moi] - Très bien, j'ai terminé mon questionnaire. Merci beaucoup de m'avoir accordé de votre temps.

### Entretien N° 3 (durée 17'24)

[Moi] – Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je vais vous poser quelques questions concernant mon sujet. Pourriez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

[Infirmière] – Bonjour, oui bien sûr. L, 31 ans, je travaille dans un pavillon d'admission adulte depuis mai 2007 et j'ai auparavant travaillé 1 an et demi en gérontopsy. J'ai obtenu mon diplôme en novembre 2005

[Moi] – Et avez-vous suivi des formations ?

[Infirmière] – Oui, plusieurs, et spécifiquement à la violence j'ai suivi la formation de la prise en charge des conduites agressives qui consiste à des techniques de défense contre l'agressivité.

#### **Question 1**

[Infirmière] – Oula (rire), euh, l'expérience professionnel euh, (silence) ben c'est un peu l'évolution qu'on suit après l'obtention du diplôme, on a un certain bagage théorique, un petit peu pratique aussi de par les stages mais c'est tout ce qui... tout ce qu'on apprend par la suite au contact du patient, de la relation, de... Ouai des interactions, voilà. Et en pavillon d'admission, moi ça fait 7 ans et demi que je suis là donc c'est euh, il y a souvent des gens qui viennent et qui reviennent, donc c'est des patients que je connais depuis longtemps et c'est vrai qu'il y a une autre relation qui s'établit aussi euh, ça peut aussi entrer dans ce cadre-là, c'est qu'après les histoires des patients on les connaît, on sait aussi euh, ben repérer peut-être un peu plus facilement les signes qui montrent qu'ils ne vont pas bien, qu'ils vont un peu mieux, euh on sait aussi comment les aborder euh voilà.

#### **Question 2**

[Infirmière] – Oui beaucoup

[Moi] – Pourquoi ?

[Infirmière] – Euh, (silence) ben pourquoi, parce-que euh (silence) ben chaque patient est quelqu'un d'unique et le fait de, euh, d'avoir une certaine expérience professionnelle ça permet d'être déjà plus facilement... enfin de savoir ce qui est adapté à lui, qu'est ce qui a fonctionné entre guillemet dans le passé, qu'est ce qui n'a pas fonctionné. Euh et puis ben au travers, les cours théoriques c'est bien, on apprend des choses mais après des fois dans les faits on peut avoir une parole... qui a un effet de bombe auprès du patient alors qu'on s'en n'est pas rendu compte au moment où on l'a dit donc c'est vrai que l'expérience ça permet aussi peut-être de moins se précipiter dans les choses qu'on dit, dans les gestes qu'on fait, ça permet peut-être un peu

d'être plus posé et euh, de prendre le temps. Je pense que pour le patient psychotique c'est important aussi de... Ouai qu'il ait quelqu'un en face de lui qui prenne le temps et ...

### **Question 3**

[Infirmière] – Euh, la violence verbale, la violence physique. (Silence), la peur. (Silence) ouai.

### **Question 4**

[Infirmière] – D'après mon expérience justement (rires), alors il y a finalement très peu d'accès de violence qui sont purement délirants, j'en ai vu vraiment très très peu où le patient est dans son délire et où il s'énerve parce qu'il a une hallucination ou quelque chose comme ça. C'est finalement assez rare en tout cas dans le milieu institutionnel. Par contre ce qui est souvent le... Ce qui engendre souvent des violences c'est des frustrations. Le fait d'attendre, euh, de ne pas pouvoir fumer dans les locaux, d'être contraint. Ça c'est le plus d'actes de violences que j'ai vu c'était dû à ce genre de choses, vraiment aux frustrations.

### **Question 5**

[Infirmière] – Oui. Euh ben y en a eu plusieurs. Après il y a des violences verbales qui sont finalement relativement fréquentes, euh (silence) ben où j'essaye de (silence), bah après ça dépend des situations, des personnes, de... De... J'essaye de voir un petit peu pourquoi ça se passe comme ça mais soit je prends sur moi ou alors si c'est des choses qui sont très très récurrentes j'essaye de mettre aussi le patient face à ça en l'isolant par exemple et euh voilà. La pathologie bah peut provoquer des accès de violence verbale mais en même temps ça n'explique pas tout donc j'essaye aussi de renvoyer ça à la personne. Après ça dépend de la personne, de ce qu'elle présente et tout, ça dépend si je la connais, enfin ça dépend de beaucoup de choses. Mais je pense qu'à un moment donné certaines personnes sont tout à fait capables de l'entendre et ça peut changer beaucoup dans la perception qu'elles ont d'elle-même et par rapport à leur rapport justement avec ce qu'elles nous disent... J'ai déjà vu des gens qui changeaient du coup complètement et qui ne m'agressaient plus verbalement. Après euh physiquement, ben on a tout un protocole euh (silence) au niveau de l'hôpital s'il y a un acte de violence comme c'était déjà le cas... Quand le patient nous a vu arriver dans son état de crise il nous menaçait, donc on avait des PTI sur nous donc on a déclenché les PTI, voilà c'est dans le protocole de l'hôpital, déclenchement du PTI... Après il y a des soignants qui sont disponibles qui viennent en renfort, voilà... Principalement on s'est mis à l'abris car on voyait que le patient, ben c'était plus le moment de lui parler là dans cet état-là donc on s'est mis à l'abris et il se trouvait

qu'un infirmier disponible qui est venu sur place connaissait très bien le patient, euh et donc il a réussi à lui parler.. Voilà, à désamorcer les choses.

### **Question 6**

[Infirmière] – (silence) Euh l'idéal ce serait que la situation de violence ne se produise pas et de déceler les signes... Euh ce qui est faisable finalement et ce qui est très très souvent fait en service... Et j'étais assez étonnée quand j'étais jeune diplômée parce-que je pensais que la violence elle arrivait comme ça, d'un coup alors qu'en fait on sent que toute l'ambiance du service est tendue, on sent que ça déteint sur les autres patients, donc c'est finalement assez facilement décelable et ce qu'on essaye de faire c'est qu'entres soignants on se passe le relai, on va parler à la personne, on essaye de fumer une cigarette avec elle, on lui propose de faire une activité. On essaye vraiment de faire en sorte que la crise violente ne sorte pas telle qu'elle et de désamorcer les choses. Après euh, quand la personne est violente c'est compliqué de... Euh casser la chaine de la violence... Euh... (Silence), enfin, d'après mon expérience il faut aussi amener la personne à se poser un petit peu pour reprendre le dialogue mais ça c'est compliqué, après ça dépend des personnes, des situations, et si nous on sent que c'est faisable avec le patient. Après dans l'absolue le mieux serait que la violence n'arrive pas car après quand la personne est en phase violente... Pfff c'est compliqué quoi d'arrêter ça parce-que la personne ne vous laisse pas parler dans ce cas-là, enfin c'est rare (rire)

### **Question 7**

[Infirmière] – (silence) Bah c'est ça en fait, ça permet de casser tout de suite l'enchaînement de la violence, de le sortir de ça, et ça marche plutôt bien, c'est ce qu'on voit, c'est que oui s'il se sent écouter ça peut l'aider. Puis analyser aussi pourquoi il s'énerve.

### **Question 8**

[Infirmière] – (silence) C'est quelqu'un à l'écoute de la personne qu'il a en face de lui, qui lui laisse euh... Son individualité et qui considère que c'est en l'occurrence là, il s'agit du patient, mais que ce sont des hommes des femmes qui ont un statut, un statut d'humain, et pour moi c'est un peu ça. C'est ce que je disais quand je les mets des fois face à ce qu'ils disent, euh ça permet aussi de leur restituer des droits, des devoirs, une certaine liberté d'être aussi, et pour moi c'est aussi ça la bienveillance, c'est euh... Ne pas trop empiéter sur ce qu'ils sont... Et les aider dans la problématique dans laquelle ils passent mais aussi en leur laissant la liberté peut-être d'aller mal, de s'exprimer comme ils s'expriment. Après bon on est dans un service de soin, euh c'est compliqué, il y a tant et tant d'autres patients, on ne peut pas tout accepter non plus. Il faut aussi qu'ils... (Silence) ben qu'ils... Qu'ils

trouvent des alternatives... Mais ouai, pour moi la bienveillance c'est un peu la base.

### **Question 9**

[Infirmière] – (silence) (se repose la question à voix haute) euh ben, euh l'équipe... Euh la perception de l'équipe, la vision de l'équipe par rapport à ça. La vision du médecin aussi... (Se repose la question à voix haute) euh le fait d'avoir suivi des formations. Je pense que ça permet aussi de faire évoluer sa façon de voir les choses, peut-être d'ouvrir... Euh notre champs de conscience aussi à quelque chose de plus élargie et... (Silence) voilà des recherches qu'on peut faire de notre côté, des lectures... Cheminement intellectuel personnel, tout ça peut influencer... Et c'était quoi encore la question ? ... Influencer ?

[Moi] – L'attitude du soignant

[Infirmière] – Ben l'histoire aussi, l'histoire entre le soignant et le patient. Si c'est une histoire qui s'inscrit dans la durée euh... Comme dit après on prend peut-être un petit peu plus de recul par rapport à... (Silence)... Ben ce que le patient présente parce-que parfois on se dit bon ben c'est vrai enfin ça permet peut-être de plus accepter des éclats de violence que de tout de suite réagir par un isolement, un truc... Le fait de le connaître ben des fois on se dit qu'il ne va pas si mal que ça, que souvent il s'énerve et après ben ça retombe très vite.

[Moi] – Et vous pensez que l'expérience influence aussi ?

[Infirmière] – Ouai, j'y pensais en plus avant à l'expérience avant que vous dite ça (rire), mais oui oui, je pense beaucoup oui.

### **Question 10**

[Infirmière] – Euh... (Silence), ben des ressources personnelles (rires), on n'est pas égaux face à la violence, je pense que ça nous touche profondément euh chacun d'entre nous, euh... Parce-que quand il y a de la violence il y a souvent des cris et ben ça te prend un petit peu aux tripes. Je pense que ça fait écho à chacun d'entre nous, donc euh... On n'est pas tous égaux par rapport à ça. Il faut réussir à gérer le trop plein... Enfin mettre de côté ce qui nous braque pour aider le patient... Après ben comme je disais, des formations, des euh (silence 15 secondes++) oui, je ne sais pas, on tourne un peu en rond... Oui voilà c'est tout

[Moi] – D'accord, ben merci d'avoir pris votre temps pour répondre à mes questions.



#### Entretien N° 4 (durée 14'45)

[Moi] – Bonjour, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je vais vous poser quelques questions concernant mon sujet. Pourriez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

[Infirmière] – Je m'appelle A. j'ai 28 ans, et je travaille dans un pavillon d'admission fermé... Depuis... Euh j'ai obtenu mon diplôme en 2011 et donc ici c'est mon premier poste depuis l'obtention de mon diplôme.

[Moi] – Et avez-vous suivi des formations ?

[Infirmière] – ben oui, plusieurs, et puis surtout pour la violence j'ai suivi une formation de self défense. Voilà.

#### **Question 1**

[Infirmière] – Euh (rires), l'expérience professionnelle, bah je dirai qu'elle est basée essentiellement sur le terrain (silence), voilà les connaissances aussi, maintenant c'est vrai que ce n'est pas évident à définir. Je pense que le terrain ça joue beaucoup, les collègues aussi... L'équipe entière... Enfin on a sa propre expérience, puis on peut avoir l'expérience des autres. Je pense que l'expérience c'est un tout pluridimensionnel.

#### **Question 2**

[Infirmière] – Oui... (Silence) la prise en charge sera différente, on y va avec notre vécu, notre... Ouai notre expérience... Je trouve qu'il y a un lien de confiance qui s'établit plus rapidement aussi. Le patient a plus confiance s'il voit qu'on a de la bouteille derrière.

#### **Question 3**

[Infirmière] – Euh, ouai la violence qu'est-ce que ça m'évoque ? Bah je dirai que c'est une manifestation de débordement d'une personne, euh ça peut être une manifestation consciente ou inconsciente d'une personne qui n'arrive plus à gérer ses émotions internes.

#### **Question 4**

[Infirmière] – Oh, il peut y avoir beaucoup beaucoup de raisons. Ça peut être les délires, de l'incompréhension, par exemple face à une prise en charge, face à une situation. Euh c'est pourquoi il faut bien expliquer aux psychotiques tout ce qu'on va faire avec eux (silence). Ça peut être la prise en charge avec laquelle il n'est pas d'accord car même si ces personnes peuvent avoir des délires, ce qui n'est pas toujours le cas, mais si un patient

décompense ben ça pourrait être expliqué par la non autonomie qu'on lui laisse. Je pense que l'adhésion thérapeutique ou qu'on lui laisse un libre choix peut être un facteur qui entrainerait moins de violence.

### **Question 5**

[Infirmière]- (Silence) Euh...oui... Parfois... Alors il y a eu plusieurs réactions. Alors il faut évidemment garder son calme face à la violence. Après la violence peut être physique comme elle peut être verbale... Euh, ma réaction a été adaptée selon la personne que j'avais en face de moi. Dans le cas où on connaît la personne, on sait pourquoi elle devient violente, ben on peut dédramatiser la situation, en essayant, bah... De résoudre le problème du pourquoi elle devient violente, par exemple je fais un entretien si la personne se sent incomprise ou encore je regarde pour un traitement. Maintenant si la personne n'entend rien, vraiment rien, on peut être amené à... A appeler des renforts, ce genre de choses pour éventuellement l'isoler. Voilà... Mais ça ce serait dans un cadre thérapeutique. Après dans une situation de violence, ne jamais se mettre en danger. Maintenant si la personne sortait un couteau, évidemment on se mettrait aussi à l'abri... Enfin je veux dire qu'on ne resterait pas forcément devant la personne comme ça, même avec un entretien. Parfois tout ne peut pas se résoudre. Et si c'est une personne que l'on ne connaît pas, ben on va essayer d'appeler un minimum d'aide car face à l'imprévu on ne sait pas ce qui pourrait se passer, on pourrait dire qu'on appelle une équipe de sécurité, le médecin... On verra bien comment ça se passe.

### **Question 6**

[Infirmière] – L'attitude soignante ? (Silence) Ouai mais je ne pense pas qu'il y ait d'attitude idéale. Je pense que l'attitude idéale c'est vraiment s'adapter selon la personne. Euh je ne pense pas qu'il y ait vraiment d'attitude type... Euh je pense que c'est vraiment une question d'adaptation. Comme dit, si la personne on la connaît, voilà on sait à peu près sur quel thème il ne faut pas partir, sur quel thème il faut partir. Si la personne on ne la connaît pas, on va essayer quand même de se prémunir un minimum, mais je ne pense pas qu'il y ait d'attitude idéale. En tout cas il ne faut jamais... Euh... (Silence) Il ne faut jamais contredire la personne. Par exemple si elle est délirante, il ne faut pas dire que son délire est faux, que ce qu'elle voit ça n'existe pas.

### **Question 7**

[Infirmière] – Euh (silence) Ouai, euh, pff, la prise en charge précoce... Euh... (Silence) Quel risque en fait ?

[Moi] – De passer à l'acte

[Infirmière] – Ouai... Euh (silence) ben oui c'est un peu ce que j'ai dit avant, la prise en charge précoce ben ... tout dépend du contexte... Je ne pense pas que je puisse répondre à la question comme ça. Je pense que tous les patients psychotiques ne sont pas forcément violent et si violence il y a, il faut bien déterminer de quel type il s'agit, si elle est physique, verbale ou morale... (Silence) à partir de quel stade dit-on qu'il y a un passage à l'acte ? Après voilà, une attitude soignante ne suffit pas toujours parce que le patient peut être tellement délirant, que ben voilà (cherche ses mots) rien ne fera.

### **Question 8**

[Infirmière] – Alors un soignant bienveillant c'est quelqu'un qui, je pense, fera tout pour que le patient se sente bien intérieurement et physiquement. Après dans le cadre de la psychiatrie, voilà, c'est faire en sorte que le patient connaisse le moins possible la souffrance psychique, donc ça passe par tout ce qui est autour de la relation d'aide, l'écoute, être authentique, euh (silence) voilà, mettre en place une relation de confiance, éviter le jugement, avoir une bonne posture.

### **Question 9**

[Infirmière] – Alors euh je dirai... (Silence) Les émotions personnelles, pour citer mon exemple, je suis enceinte (rires) et j'étais confrontée à une situation un peu violente et je n'ai pas su comment réagir. J'ai attendu que mes collègues arrivent mais c'est vrai que je me suis sentie dépourvue... Euh, face au patient... Ben oui vous savez, déjà qu'une grossesse... Enfin j'avais peur qu'on me fasse du mal... Mais je pense que ouai, ce qui pourrait influencer... Vous pouvez juste répéter la question ?

[Moi] – Oui. Quels éléments pourraient influencer l'attitude du soignant face à la violence d'un patient psychotique ?

[Infirmière] - Ha oui... Ben ouai les émotions personnelles, l'expérience aussi... euh (silence) même si aucun patient, enfin... Même si un patient ne ressemblera jamais à un autre patient, mais euh de temps en temps ouai l'expérience... Puis le contexte aussi, par exemple si un patient me demande un entretien tout de suite, qu'il est en pleur, je vais quand même le prendre même si j'ai d'autres choses à faire.

### **Question 10**

[Infirmière] – Euh je dirai soi-même... Rester soi-même. Voilà, je pense si c'est un métier qu'on fait, on ne le fait pas au hasard. On part dans l'idée qu'on a envie d'aider l'autre et qu'on est vraiment dans la relation d'aide...

(Silence) alors il faut qu'on se rappelle qu'on est dans un cadre où les personnes sont malades et si elles sont violentes ben c'est due à leur pathologie.

[Moi] – D'accord, j'ai terminé mes questions. Merci beaucoup d'y avoir répondu.

## ANNEXE 6

Tableau récapitulatif du profil des quatre soignants, des entretiens semi-directifs

	<u>Entretien N°1 avec Mme J : Service psychiatrique adulte unité ouverte</u>	<u>Entretien N°2 avec Mme C : Service psychiatrique adulte unité ouverte</u>	<u>Entretien N°3 avec Mme L : Service psychiatrique adulte en unité fermée</u>	<u>Entretien N°4 avec Mme A : Service psychiatrique adulte en unité fermée</u>
<b>Profession</b>	IDE	IDE (ISP)	IDE	IDE
<b>Âge</b>	31 ans	55 ans	31 ans	28 ans
<b>Sexe</b>	Féminin	Féminin	Féminin	Féminin
<b>Année d'obtention du diplôme d'Etat</b>	2006	1980	2005	2011
<b>Ancienneté du service</b>	8 ans et demi	6 ans	7 ans et demi	3 ans
<b>Formations suivies</b>	Prise en charge des conduites agressives	Prise en charge des conduites agressives	Prise en charge des conduites agressives	Cours de self défense
<b>Poste occupé auparavant</b>	Premier poste dans le service	Infirmière en psychiatrie en service d'admission fermé	Infirmière en service de gériopsychiatrie	Premier poste dans le service

## ANNEXE 7

Tableau récapitulatif avec courte analyse par questions, des entretiens semi-directifs

	IDE 1 : Mme J	IDE 2 : Mme C	IDE 3 : Mme L	IDE 4 : Mme A
<b>Q1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit que l'expérience s'acquiert au fil des années de travail</li> <li>- S'acquiert avec de la pratique</li> <li>- « ... C'est la pratique régulière de quelque chose »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit que l'expérience s'acquiert au fil des années</li> <li>- Pense que ce qui est théorique s'apprend en cours et l'expérience s'apprend sur le terrain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit que c'est « l'évolution qu'on suit après l'obtention du diplôme »</li> <li>- « Tout ce qu'on apprend par la suite au contact du patient, de la relation, des interactions »</li> <li>- Pense que grâce à l'expérience, le soignant connaît les patients ainsi que leur histoire et il est capable de repérer un peu plus facilement les signes qui montrent que les patients vont mal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pense que l'expérience est basée essentiellement sur le terrain</li> <li>- Dit que le soignant à sa propre expérience sur le terrain mais aussi l'expérience de ses collègues</li> <li>- L'expérience est d'après elle un « tout pluridimensionnel »</li> </ul>
<b>Q2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (A eu quelques minutes de réflexion avant de me reposer la question)</li> <li>- (Hésitation sur les années d'expériences)</li> <li>- Pense que le soignant aura moins peur de l'inconnu s'il a été confronté souvent à la violence et pense qu'il aura plus d'assurance</li> <li>- Pense que le soignant a moins de connaissances au</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit aborder le patient différemment avec l'expérience</li> <li>- Dit se sentir plus sûre de soi, plus en confiance</li> <li>- Trouve que le patient à un autre comportement face à une jeune infirmière</li> <li>- Dit que l'âge du soignant est important, ainsi que la façon dont on répond au patient. Si on est sûre de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pense que l'expérience influence beaucoup la prise en charge du patient psychotique</li> <li>- Selon l'infirmière, le fait d'avoir de l'expérience permet de savoir ce qui est adapté au patient, ce qui a fonctionné auparavant et ce qui n'a pas fonctionné</li> <li>- Pense que l'expérience permet de moins se précipiter dans les choses dites ainsi que les gestes que le soignant fait et permet de prendre son temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit que la prise en charge sera différente car le soignant ira vers le patient psychotique avec son expérience et son vécu</li> <li>- Pense que la confiance s'établit plus rapidement avec de l'expérience et que le patient se sentira plus en confiance face à un soignant ayant du</li> </ul>

	début de sa carrière bien qu'il ait certains apports théoriques car sans y être confronté, pense qu'il est difficile pour lui de repérer les signes précurseurs	soi, ça rassure le patient car il le sent.	- Pense que le patient psychotique a besoin d'un soignant qui prend son temps	vécu
<b>Q3</b>	- Dit qu'il y a plusieurs types de violence : verbale, physique, psychologique - « C'est faire du mal à quelqu'un »	- Dit que la violence peut être variée ; violence uniquement verbale ou physique aussi	- Dit qu'il y a la violence verbale, la violence physique - Pense à la peur lorsqu'on lui parle de violence	- La violence est, selon l'infirmière, une « manifestation de débordement [...] consciente ou inconsciente, d'une personne qui n'arrive plus à gérer ses émotions internes. »
<b>Q4</b>	- Pense que la pathologie du patient, son mal être sans qu'il veuille vraiment blesser quelqu'un engendre la violence - Dit que c'est le comportement de certains soignants qui entraîne la violence chez le patient psychotique car parfois ils sont dans l'affront avec le patient	- Pense que le délire du patient engendre de la violence chez ce dernier car il entend et voit des choses.	- Pense que très peu d'accès de violence sont purement délirants - Pense que la frustration engendre la violence (l'attente, =, la contrainte)	- Trouve qu'il y a énormément de raisons à la violence : les délires, l'incompréhension du patient face à sa prise en charge, à une situation - Dit que le fait de ne pas laisser faire le patient ou ne pas lui laisser le choix influence ce dernier à devenir violent
<b>Q5</b>	- Dit avoir été confrontée plusieurs fois à la violence - Pense que si la violence est indirecte, il ne faut pas laisser son collègue en difficulté. Dit qu'elle va alerter.	- Dit avoir été confrontée à la violence plusieurs fois dans sa longue carrière - Pense qu'il faut réagir en équipe, spontanément et rapidement	- Dit avoir été confrontée plusieurs fois à la violence - Dit que la violence verbale très fréquente - L'infirmière essaye de comprendre la source de la violence, prend sur elle	- Après avoir longuement réfléchi avant de répondre à la question dit avoir été confrontée parfois à la violence - Pense qu'il faut garder

	<p>- L'infirmière soutien l'importance du port du PTI et de la présence du médecin pour alerter, en cas de violence</p> <p>- Dit qu'il faut maîtriser le patient pour éviter que la situation aille trop loin.</p> <p>- Dit que si la violence est directe, la soignante se sent surprise car c'est « <i>intrusif</i> » selon elle.</p> <p>- « ...<i>Au fil du temps, on arrivera à passer outre, c'est pas contre nous, il faut savoir comprendre autre chose derrière ... Je ne rentre jamais dans un conflit, je ne réponds pas par la violence.</i> »</p>	<p>-Dit qu'il faut maîtriser le patient, appeler l'interne, le médecin</p> <p>- Parle du rôle des chambres d'isolement si le patient est trop violent</p> <p>- Dit avoir eu une bonne connaissance de son équipe (leur réaction face à la violence, leur limite) et que ça l'a aidé à mieux réagir</p>	<p>lorsqu'un patient psychotique est violent</p> <p>- Dit mettre le patient face à sa propre violence en l'isolant par exemple,</p> <p>'lorsque cette dernière est récurrente</p> <p>- Pense que la réaction dépend du patient, si on le connaît ou pas</p> <p>- Dit que si la violence est physique, elle applique le protocole de l'établissement et utilise le PTI en se mettant à l'abri et en attendant du renfort</p>	<p>son calme face à la violence</p> <p>- Dit qu'il y a plusieurs niveaux de violences : physique et verbale et qu'il faut adapter sa réaction suivant le patient (admet une bonne connaissance de ce dernier)</p> <p>- Pense que lorsque le patient n'entend rien, appeler des renforts pour l'isoler en dernier recours</p> <p>- Dit qu'il ne faut jamais se mettre en danger face à la violence et se mettre à l'abri lorsque le patient nous menace d'une arme quelconque</p> <p>- Dit que lorsque le soignant ne connaît pas le patient, appeler de l'aide car « <i>face à l'imprévu on ne sait pas ce qui pourrait se passer.</i> »</p>
<b>Q6</b>	<p>- Dit qu'il faudrait garder son calme face à la violence dans l'idéal ainsi que maîtriser le patient par des dispositifs comme la chambre</p>	<p>- Insiste sur le travail à faire en amont</p> <p>- Dit qu'il faut éviter que ça dégénère et qu'il faut rester calme en</p>	<p>- Selon l'infirmière, l'idéal serait que la situation de violence ne se produise pas</p> <p>- Dit déceler les signes avant que la situation dégénère</p> <p>- Dit qu'il faut se passer le relai entre</p>	<p>- Pense qu'il n'y a pas d'attitude soignante idéale face à la violence d'un patient psychotique</p> <p>- Dit que la connaissance</p>



	<p>d'isolement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit qu'il faudrait intervenir le plus vite possible</li> </ul>	<p>temporisant et en rassurant le patient psychotique violent</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit qu'il faut donner un traitement au patient psychotique violent pour calmer son délire</li> </ul>	<p>soignants</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit essayer de parler au patient afin de calmer la situation pour ne pas qu'elle déborde</li> <li>- Soutien qu'une fois la violence installée, c'est compliqué d'arrêter le processus car le patient ne laisse plus la parole au soignant</li> </ul>	<p>du patient influence sur l'attitude du soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit qu'il ne faut jamais contredire un patient lorsqu'il est violent</li> </ul>
<b>Q7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pense que le patient est d'abord sthénique avec des signes avant-coureurs</li> <li>- Pense que « <i>plutôt on repère les signes, plutôt on pourra prévenir le médecin afin qu'il instaure un traitement</i> »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Dit que le traitement à son importance dans la prévention du passage à l'acte</li> <li>- Dit souvent reconnaître les signes précurseurs en voyant que le patient est mal et que quelque chose se prépare : dit que ces signes précurseurs se remarquent avec l'expérience</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pense que la prise en charge précoce d'un accès de violence permet de casser l'enchaînement de la violence</li> <li>- Dit bien analyser la raison pour laquelle le patient devient violent et l'écouter afin de l'aider à aller mieux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (ne répond pas spontanément à la question et prend du temps pour y répondre, incompréhension de la question)</li> <li>- Dit ne pas pouvoir répondre à la question car pense qu'il faut auparavant déterminer le type de violence (physique, verbale ou morale)</li> </ul>
<b>Q8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon l'infirmière, la bienveillance est le fait que le soignant agisse pour le bien du patient quelques soit les circonstances.</li> <li>- Dit que c'est prendre en compte le bien-être physique et moral du patient même si le soignant est peut-être blessé par des mots dits du patient</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit « <i>qu'être bienveillance n'est pas un soignant qui dit toujours oui à tout car il perd sa crédibilité aux yeux du patient</i> »</li> <li>- Dit que c'est lorsque le soignant dit non au patient que ça peut dégénérer</li> <li>- Dit que pour être</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pense que la bienveillance C'est « <i>être quelqu'un à l'écoute de la personne qu'il a en face de lui, qui lui laisse son individualité et qui considère qu'il s'agit d'hommes et de femmes ayant un statut d'humain</i> »</li> <li>- Dit que la bienveillance permet de restituer les droits, les devoirs et une liberté d'être aux patients</li> <li>- Dit que le soignant bienveillant aide les</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pense qu'un soignant bienveillant c'est « <i>quelqu'un qui fera tout pour que le patient se sente bien intérieurement et physiquement.</i> »</li> <li>- Dit de faire en sorte que le patient connaisse le moins possible la souffrance psychique</li> </ul>

	<p>-Dit qu'il faut garder à l'esprit que les soignants sont là pour soigner quelqu'un</p> <p>- La bienveillance c'est tout mettre en place pour le bien-être du patient</p>	<p>bienveillant il faut rester disponible dans la limite du possible, donner ce que l'on peut</p> <p>- Dit que la bienveillance ne veut pas dire « <i>faire pour le patient, faire à sa place</i> »</p>	<p>patients en leur laissant le droit d'aller mal et de s'exprimer</p> <p>- Soutien que pour elle, la bienveillance c'est la base du métier.</p>	<p>grâce à la relation d'aide, l'écoute, l'authenticité dans la façon d'être, éviter les jugements et avoir une bonne posture face au patient</p>
<b>Q9</b>	<p>- Pense que ce sont ses émotions personnelles qui peuvent avoir un impact sur ses réactions – pense aussi que son état du jour influence ses réactions vis-à-vis du patient</p> <p>- Dit que peut-être quand on est jeune diplômé, il y a certaines craintes vis-à-vis du patient violent car on a du mal à mettre à distance son vécu personnel</p> <p>- Dit que « <i>mieux on se connaît, plus on a pris de recul sur d'ancienne situation, plus on les a analysé et mieux on réajustera par la suite.</i> »</p>	<p>- Pense que la connaissance du patient influence l'attitude du soignant face à la violence afin d'éviter que le patient aille trop loin</p> <p>- Pense que l'expérience et la connaissance de soi influencent aussi puisque le soignant sait comment il va réagir face à la violence et sait qu'il arrivera à rester calme.</p>	<p>- Pense que la vision de l'équipe et du médecin influencent l'attitude du soignant face à la violence</p> <p>- Dit que les formations suivies influencent l'attitude du soignant face à la violence du patient psychotique car elles permettent de faire évoluer la façon de voir les choses chez le soignant et d'ouvrir « <i>notre champ de conscience à quelque chose de plus élargie</i> »</p> <p>- Pense que l'histoire entre le soignant et le patient, la connaissance du patient influencent aussi l'attitude du soignant car elle permet une prise de recul chez ce dernier</p> <p>- Pense enfin que l'expérience influence beaucoup (n'a pas précisé pourquoi)</p>	<p>- Pense que les émotions personnelles du soignant influencent l'attitude de celui-ci face à la violence du psychotique (cite comme exemple sa grossesse qui la rend plus impuissante et dépourvue face à la violence du patient car elle ne sait pas comment réagir)</p> <p>- Pense que l'expérience joue aussi un rôle dans l'attitude du soignant face à la violence (ne précise pas pourquoi)</p>
<b>Q10</b>	<p>- Pense que la formation suivie afin de maîtriser le patient sans lui faire de mal l'aide à rester bienveillante car l'infirmière ne va elle-même pas être violente face à la</p>	<p>- Dit qu'il y a l'équipe d'intervention comme ressource, le PTI et l'équipe soignante puisque « <i>l'on sait qu'on n'est jamais seule</i> »</p>	<p>- Dit que les ressources personnelles avec notre statut d'humain et notre gestion des émotions peuvent aider le soignant à rester bienveillant face à la violence car l'infirmière dit que la violence touche le soignant</p>	<p>- Dit que la ressource première pour rester bienveillant et de rester soi-même en gardant à l'esprit que c'est un travail que le soignant a choisi et</p>

	<p>violence du patient psychotique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pense que les collègues sont une ressource ainsi que le corps médical.</li> <li>- Pense qu'il faut toujours garder à l'esprit que le patient a besoin d'aide car il n'est pas agressif puisque ce n'est pas dirigé contre les soignants.</li> <li>- Pense que le fait d'alerter, aide le soignant à se sentir plus en sécurité et donc lui permet de rester bienveillant</li> <li>- Dit qu'il faut maîtriser ses émotions (la peur notamment) afin de rester bienveillant envers le patient.</li> </ul>		<p>profondément, que ça le prend « <i>aux tripes</i> » et que ça fait « <i>écho à chacun d'entre nous</i> »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dit que les formations sont des ressources.</li> </ul>	<p>que les patients en face de ce derniers sont malades</p>
--	---	--	---	---