

« *La violence et l'agressivité dans les soins* »



Travail écrit de fin d'études – Diplôme d'État Infirmier

UE 5.6 S6 – Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et  
professionnelle

Date de rendu le 30 mai 2023

Sous la direction de Marie Delahaie

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIER

740, Chemin des Meinajaries, 84907 AVIGNON Cedex

Note aux lecteurs : « Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

## REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements ne peuvent s'adresser autrement qu'à ma directrice de mémoire, Marie DELAHAIE pour tout ce qu'elle m'a apportée de positif tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel et humain. Elle a su trouver les mots justes afin de me guider tout au long de ce travail avec une présence et une disponibilité sans failles. Aucuns mots ni même aucunes paroles ne seront assez fortes pour vous exprimer toute ma gratitude.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'IFSI d'Avignon, qui m'ont fourni les outils nécessaires à la réussite de mes études et je tiens à témoigner toute ma gratitude et ma sympathie à ma formatrice référente Caroline FLORINDO ainsi qu'à Virginie MARTIN pour leur confiance et leur soutien inestimable dans les bons comme dans les mauvais moments.

Je remercie par la même occasion les professionnels de santé qui ont gentiment accepté malgré la charge de travail de m'accorder de leur temps si précieux pour répondre à mes questions lors des entretiens.

Ensuite, j'ai une immense pensée pour ma maman qui est décédée pendant mes études et qui malgré la maladie m'a toujours soutenue dans ce projet de devenir infirmière. Je sais que de là-haut elle ne peut qu'être fière de moi. Un grand merci à ma famille pour leur amour, leur soutien inconditionnel, à la fois moral et économique, ce qui m'a permis de réaliser les études que je voulais faire et par conséquent ce mémoire.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers mes amis Cédric, Linda, Justine, Marine, Paul, Benjamin, Clémence qui m'ont apportée leur soutien moral quand j'en avais besoin et intellectuel tout au long de ma démarche.

Un grand merci à toutes ces personnes qui m'ont accompagnée et soutenue dans l'élaboration de ce travail de recherche mais aussi tout au long de cette très difficile et extraordinaire formation, laquelle m'a permis de faire de belles rencontres que ce soit sur le plan professionnel ou amical. J'en sors plus épanouie que jamais et certainement plus différente.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>SITUATION D'APPEL .....</b>	<b>2</b>
2.1	DESCRIPTION DE LA SITUATION.....	2
2.2	QUESTIONNEMENT .....	5
<b>3</b>	<b>QUESTION DE DÉPART .....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>CADRE DE RÉFÉRENCE .....</b>	<b>7</b>
4.1	REPRÉSENTATIONS SOCIALES.....	7
4.1.1	DÉFINITIONS .....	7
4.1.2	ORIGINE DU CONCEPT .....	8
4.1.3	IDÉES REÇUES, CLICHÉS, PRÉJUGÉS, STÉRÉOTYPES ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES.....	8
4.1.4	CONCEPTS DE STÉRÉOTYPE, PRÉJUGÉS.....	11
4.2	CONCEPTS D'AGRESSIVITÉ ET DE VIOLENCE.....	13
4.2.1	DÉFINITIONS .....	13
4.2.2	AGRESSIVITÉ DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ.....	14
4.2.3	ORIGINE DU CONCEPT (AGRESSIVITÉ) .....	15
4.2.4	AGRESSIVITÉ DU PATIENT / AGRESSIVITÉ DU SOIGNANT.....	16
4.2.5	VIOLENCE.....	17
4.2.6	LA VIOLENCE EN QUELQUES CHIFFRES .....	18
4.2.7	LA VIOLENCE DANS LE SOIN.....	19
4.3	RELATION SOIGNANT/SOIGNÉ .....	22
4.3.1	QU'EST-CE QUE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ ? .....	22
4.3.2	L'EMPATHIE .....	24
4.3.3	LA CONSIDÉRATION POSITIVE INCONDITIONNELLE .....	25
4.3.4	LA CONGRUENCE .....	26
4.3.5	LA RELATION DE SOIN : UN RAPPORT ASYMÉTRIQUE.....	26
4.3.6	LA COMMUNICATION .....	27
<b>5</b>	<b>ENQUÊTE EXPLORATOIRE .....</b>	<b>30</b>
5.1	OUTIL UTILISÉ.....	30

5.2	POPULATION CHOISIE .....	31
5.3	LIEU D'INVESTIGATION .....	31
5.4	GUIDE DE L'OUTIL .....	32
5.5	GRILLES D'ANALYSE.....	32
5.6	ANALYSE .....	32
5.6.1	ENTRETIEN PAR ENTRETIEN .....	32
5.6.2	QUESTION PAR QUESTION .....	39
5.7	SYNTHÈSE DE L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE .....	58
5.8	LIMITE DE L'ENQUÊTE.....	61
<b>6</b>	<b>PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>63</b>
<b>7</b>	<b>QUESTION DE RECHERCHE .....</b>	<b>64</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>65</b>
<b>9</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>67</b>
<b>10</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>68</b>

*« La compréhension comporte un risque. Si je me permets de comprendre vraiment une autre personne, il se pourrait que cette compréhension me fasse changer. Or nous avons peur du changement »*

*Le développement de la personne Paris Dunod, 1968 p17*

# 1 INTRODUCTION

Au cours de ma formation en soins infirmiers, j'ai été amenée à rencontrer de nombreux professionnels et patients dans des situations très variées. Une à retenue mon attention lors d'un stage en première année puisque en effet je me suis retrouvé dans une situation où le patient faisait preuve de virulence. Bien que ce patient soit connu pour des faits similaires dans d'autres établissements, je dois avouer que ce type de comportement a été à l'origine de nombreuses interrogations de ma part. J'ai donc choisi de m'y intéresser de plus près afin de pouvoir transformer cette expérience en instruction pour le futur.

De plus, je suis aide-soignante de métier et j'ai côtoyé durant ma carrière en établissement pour personnes âgées beaucoup de résidents. J'ai donc été confrontée à un moment donné à de la violence verbale mais aussi physique de la part de ces personnes parfois atteintes de maladies neurodégénératives. J'admets m'être fait une raison sur la violence que je rencontrais à cette période en me disant que ces résidents étaient certainement en grande souffrance psychologique, malheureuse d'être en institution et qui plus est atteintes de pathologies irréversibles. Je reconnais m'être questionnée souvent sur le comportement agressif des résidents mais ne jamais avoir approfondi ce questionnement par le biais de recherches afin de comprendre pourquoi ils pouvaient agir ainsi, un peu comme si la violence était banale et faisait partie du métier. Je savais que les patients atteints de démence pouvaient avoir par moment des accès d'hostilité ou d'agressivité ceci faisant partie de la suite logique de l'évolution de la pathologie. Après réflexion et quelques années plus tard par la constitution de ce travail de fin d'études j'ai compris que ces comportements sont un moyen de communication lorsque les émotions sont trop fortes. En effet la maladie réveille chez l'individu une angoisse et peut pousser parfois à être plus revendicatif. L'agressivité et la violence sont des sujets que j'ai souhaité approfondir afin de regarder d'un œil nouveau ce comportement humain bien souvent incompris. La situation à laquelle j'ai été confrontée au début de ma formation n'est pas un acte isolé et pour cause la violence, dont peuvent faire preuve les patients se produit régulièrement et n'est pas propre à un service de soins en particulier. Ce travail de fin d'étude, m'a permis de développer des connaissances et des compétences qui seront très certainement utiles pour exercer en tant que professionnelle de santé.

## **2 SITUATION D'APPEL**

### **2.1 DESCRIPTION DE LA SITUATION**

Avant de débiter ma situation d'appel, je précise que le prénom de chaque personne a été modifié afin de respecter leur anonymat et qu'aucun lieu ne sera cité.

Étudiante en soins infirmiers à l'institut de formation d'Avignon, j'ai effectué un stage au sein d'un service de soin de suite et de réadaptation (SSR).

Nous sommes mercredi 15 septembre 11h50 quand je rejoins Rose, infirmière depuis 3 ans dans ce service. Nous sommes à l'unité C où se trouve 4 chambres individuelles réservées aux soins palliatifs ainsi que 8 lits de réadaptation.

Rose est une infirmière de 27 ans diplômée depuis 3 ans, professionnelle et très pédagogue. Nous débutons la distribution des traitements de midi tranquillement, prenons le temps de discuter avec les patients, tout se passe bien. Vers 13h, Rose part prendre son repas, je lui propose de commencer la préparation des piluliers et d'assurer les appels malades ce qu'elle accepte volontiers en me précisant que si je rencontre un problème je n'hésite pas à appeler depuis la chambre en urgence. Je débute la préparation des piluliers ordinateur ouvert sur les prescriptions, quant aux alentours de 13h10, j'entends le bruit d'une sonnette retentir dans le couloir, l'appel vient d'une chambre double où sont hospitalisés deux messieurs. Je me dirige vers la chambre afin de répondre à la demande. J'entends au loin des cris venant de la chambre qui est ouverte. Je n'ai pas le temps de demander ce qu'il se passe que les deux hommes s'insultent, l'un demandant à l'autre de quitter l'établissement. Je suis stupéfaite et je comprends très vite que je suis face à un conflit qui relève d'un désaccord de nature sociale. Je me dis qu'il va falloir que je sois stratégique pour pouvoir et savoir agir professionnellement afin que la situation s'apaise entre les deux hommes. Je note que lors des transmissions que m'a faites Rose, il m'a été signalé que ces deux hommes ne s'entendaient pas et que des disputes éclataient à toute heure du jour et de la nuit. Je chemine vers une personne qui se trouve à gauche de la chambre. Je lui décline mon identité et ma fonction au sein de l'établissement. Je lui demande ce qu'il se passe. En effet une des deux personnes que je prénommerai monsieur Raymond, 76 ans, atteint de troubles cognitifs, peut manifester des accès de violence verbale et physique par moment. Son visage est fermé et ses yeux sont emplis de colère. Cet homme est hospitalisé à la suite d'une fracture du fémur. Ce monsieur a déjà été hospitalisé dans le centre hospitalier auparavant. Le médecin après lecture du dossier médical nous fait part d'un

problème rencontré lors d'une précédente hospitalisation et nous demande d'être prudent lors de la prise en soin de celui-ci. Monsieur Raymond lors d'un accès de colère a assené un coup de poing à une soignante la blessant légèrement. L'information que donne le médecin est déroutante car nous ne savons pas pourquoi monsieur Raymond a été violent. Ce patient, lors de son hospitalisation, a chuté à plusieurs reprises de jour comme de nuit cherchant absolument à quitter l'établissement. Son comportement très agité complique la prise en soin et pour cause il refuse la réfection de son pansement qu'il peut arracher aussitôt poser. Il retire les agrafes de sa plaie que je retrouve au sol malgré la mise d'un bas de pyjama dès la toilette et le pansement terminés. J'observe néanmoins, que son comportement est autre quand son épouse est présente. Monsieur Raymond est calme, souriant et très bavard.

À ma droite se trouve la deuxième personne que je prénommerai monsieur Julien, 81 ans, hospitalisé à la suite de fractures des vertèbres, il est amputé des orteils du pied gauche et se trouve sur son fauteuil roulant une bonne partie de la journée.

J'écoute et j'observe attentivement monsieur Raymond qui est très énervé lorsqu'il me raconte que monsieur Julien l'agace avec des bruits de toux. Monsieur Julien retorque immédiatement aux propos de celui-ci en lui disant, « *si vous n'êtes pas content vous pouvez prendre vos affaires et rentrer chez vous ! vous m'emmerdez.* ». Le problème a été soulevé lors du staff dans la matinée et aucune solution ne peut être proposée pour l'instant car nous n'avons pas de chambre individuelle disponible. Pour autant, nous savons combien il peut être difficile de partager son intimité avec des personnes que nous ne connaissons pas et pourtant faute de place dans les établissements nous imposons cela aux personnes malades empreint de vulnérabilité. À cet instant, je me trouve dans une situation délicate où il est difficile de trouver les mots justes sans que les deux hommes ne pensent que je pourrai prendre parti pour l'un ou pour l'autre et j'ai conscience que je dois faire preuve de professionnalisme afin de rétablir le calme et apaiser les tensions.

Je m'avance vers monsieur Raymond, m'agenouille afin d'être à sa hauteur et ainsi gagner son attention car il est installé sur son fauteuil de chambre. J'emploie une communication non violente, calme et un langage simple où il convient de choisir les mots afin d'être comprise de manière efficace. Monsieur Raymond me fixe en ronchonnant un peu et finit par m'écouter attentivement. Je lui explique : « *il est vrai que monsieur Julien tousse actuellement, que je comprends que cela puisse être gênant pour vous mais qu'il ne le fait pas exprès. Il reçoit un traitement pour ce problème et il faut attendre les effets du médicament qui peuvent prendre un*

*peu de temps. »* monsieur Raymond me répond : *« c'est tout de même pénible ! il tousse nuit et jour ! »*. Je lui réponds : *« j'entends et je comprends tout à fait que cela puisse être pénible pour vous mais que c'est l'affaire de quelques jours et qu'il faut être compréhensif car Monsieur Julien est tout aussi contrarié d'occasionner cette gêne actuellement »*. Monsieur Julien prend la parole et dit *« excusez-moi monsieur je suis malade comme vous, mais s'il le faut je vais faire plus attention »*.

L'agressivité de cet homme me questionne, je profite de ce moment pour lui demander : *« Vous sentez vous fatigué ? Avez-vous des douleurs ? »* car cela pourrait aussi être en lien avec son agressivité, tout comme l'isolement familial (monsieur Raymond vit à domicile avec son épouse) et cette séparation commence peut-être à peser sur sa patience. De plus par expérience, je sais qu'une hospitalisation peut être génératrice d'anxiété, de stress et de changement de comportement. Le patient souffre de troubles cognitifs depuis quelques années, le poussant possiblement à une incompréhension de la situation se manifestant par de l'agitation, de l'agressivité dans ses propos et de la violence physique et verbale envers les gens qui l'entourent. Pour autant après discussion avec son épouse, monsieur Raymond n'est pas agressif chez lui. Il est imaginable que l'environnement hospitalier génère une perte des repères et des habitudes et cause un mal être chez cet homme qu'il manifeste par un comportement acerbe et que nous avons du mal à interpréter. Monsieur Raymond se détend peu à peu et m'indique être asthénique car il ne dort pas bien la nuit depuis son arrivée et m'assure ne pas être algique.

Monsieur Julien écoute attentivement la conversation et s'excuse sincèrement auprès de son voisin ce qui semble apaiser les tensions immédiatement. Monsieur Raymond semble avoir pris au mot notre discussion et propose d'allumer la télévision afin de partager le programme avec monsieur Julien. Je me dirige vers monsieur Julien qui me remercie pour l'intervention et espère que le traitement agira au plus vite et que cette dispute ne soit qu'un incident passager.

Je décide de les laisser regarder la télévision, je les salue et regagne la salle de soin afin de reprendre la préparation des piluliers.

Je trace cet incident dans le dossier de soin du patient et quand Rose revient de sa pause je lui fais part du problème rencontré. Plusieurs passages sont effectués dans l'après-midi les deux hommes ont été recouchés après la rééducation, la sérénité est revenue.

## 2.2 QUESTIONNEMENT

Cette situation a suscité en moi bon nombre d'interrogations, notamment regroupées autour de l'agressivité, voire de la violence de cet homme. La violence interpelle toujours et d'autant plus, quand elle est dirigée à l'encontre de l'autre et des personnes qui sont censées nous aider, nous soigner. Qu'est-ce qui pouvait expliquer cette agressivité ? Le premier contact dans une relation est déterminant, et dans cette situation, ce premier contact ne s'est-il pas basé sur un mal entendu ? En effet, est-ce que l'information que le médecin a transmise aux soignants à l'arrivée de ce patient n'a pas influencé les réactions de l'équipe envers cet homme, considéré alors comme étant une personne difficile au sein du service du fait de ses troubles du comportement ? En ce qui me concerne, je reconnais manquer cruellement d'expérience dans la gestion des situations difficiles et je suis soucieuse quant à la gestion de ce conflit par crainte de ne pas répondre aux attentes du patient mais aussi parce que raisonne dans ma tête que monsieur Raymond peut parfois se montrer très agressif et violent envers le personnel médical qui tente en vain de se confronter à son mal être. De plus, je ne sais pas trop quel doit être ma proxémie à ce moment précis vis-à-vis de cet homme afin de ne pas être trop intrusive et en même temps je dois gérer mes émotions et ne pas laisser paraître que je pourrais ne pas être rassurée si la situation dégénérait. En tant qu'étudiante infirmière, il est évident que je dois rester professionnelle dans ma posture et dans les réponses apportées car celles-ci pourraient engendrer un impact négatif sur les tensions déjà existantes. Le but étant de ne pas aggraver la situation et de ne pas affaiblir l'état psychique et psychologique de ce patient.

Je ne suis pas insensible face à cette situation, et pour cause, le fait que monsieur Raymond manifeste des accès de colère et d'agressivité m'interpelle parce que bien souvent de tels agissements ne sont jamais sans cause sous-jacente. Finalement, est-ce que ce patient essaie de nous communiquer quelque chose que nous n'arrivons pas à assimiler lorsqu'il se montre agressif envers les autres ? Peut-on s'imaginer qu'il nous dit à sa manière « *je ne suis pas une pathologie, j'existe !* ». Ensuite, que savons-nous de cet homme sur le plan humain en dehors de la prise en soin somatique ? L'hospitalisation nous le savons, génère une certaine vulnérabilité, engendre un mal être intérieur et réveille parfois des souvenirs enfouis ce qui rend la communication complexe et se traduit par des comportements que nous jugeons inadmissibles en société.

Pour l'ensemble du personnel, cet aspect de la situation entache la relation de soin car le dialogue est rompu. De plus ils sont épuisés d'avoir à gérer des scènes d'agressivité qu'ils

vivent comme une situation pénible. En règle générale, quand une dispute éclate dans cette chambre, ce ne sont pas moins de huit soignants qui se déplacent dans la pièce pour régler le conflit. De mon observation à découler, que l'équipe était solidaire et qu'au moindre souci ils s'entraidaient, mais je me questionne tout de même sur ce déplacement à plusieurs soignants qui semble pour ma part être démesuré, et sur la responsabilité de chacune des parties dans cet évènement. Je trouve intéressant de s'interroger sur ce que peut penser et ressentir monsieur Raymond à la vue d'autant de personnes devant lui lorsqu'il exprime sa souffrance. Comment peut-on établir une communication saine, calme et objective avec huit personnes postées devant nous ?

Quoi faire de cette agressivité que nous recevons en permanence et comment la gérer ? Comment garder à l'esprit que ce comportement agressif ne nous est certainement pas destiné, et qu'il est en fait un mécanisme de défense pour faire entendre qu'il y a des émotions comme la peur, la tristesse ainsi que la colère qui se manifeste par des symptômes comme l'angoisse, la frustration l'anxiété, qui ne sont plus sous contrôle. S'interroger pour pouvoir décoder l'agressivité qui s'installe chez un patient, n'est-ce pas là l'enjeu d'une bonne prise en soin, d'un meilleur accompagnement et d'une réponse adaptée à la problématique de ce patient ?

Deux questions subsistent : que devient la relation soignant, soigné dans tout ceci ? Les préjugés envers monsieur Raymond empêchent t'ils les soignants de répondre de manière efficace à son appel à l'aide ?

### **3 QUESTION DE DÉPART**

La question de départ pour ce travail est la suivante :

*« En quoi les représentations sociales de l'équipe soignante sur l'agressivité des patients influent la relation soignant-soigné ? »*

## 4 CADRE DE RÉFÉRENCE

### 4.1 REPRÉSENTATIONS SOCIALES

#### 4.1.1 DÉFINITIONS

D'après le dictionnaire historique de la langue française, le mot représentation est emprunté (v. 1250) ou dérivé du latin *repraesentatio*, onis « action de mettre sous les yeux », et à basse époque « paiement en argent comptant ». Il est devenu en moyen français le substantif d'action de représenter, désignant l'action de rendre présent ou sensible quelque chose à l'esprit, à la mémoire, au moyen d'une image, d'une figure, d'un signe et, par métonymie, image, symbole ou allégorie (v. 1370).

Fisher (1987), nous donne la définition suivante « *la représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personne, événements, catégories sociales) et donnent lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales* ».

En revanche, pour Jodelet (1989), les représentations sociales constituent « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune ou encore un savoir naïf, naturel, cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique* ».

Abric (1999), indique quelques années plus tard « *nous appelons représentation l'ensemble organisé des informations, des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou un groupe) élabore à propos d'un objet donné* ». La représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu (ou un groupe) reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. Il n'existe donc pas dans les activités humaines, de réalité objective. Toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée, d'attente et d'anticipation concernant, par exemple, le comportement de l'autre, le contenu de ce qu'il va dire, etc...

« *Comment existerait-il la possibilité d'expliquer quand nous faisons d'abord de toute chose une image, notre image !* »

(Nietzsche, *Le Gai Savoir*, aphorisme 112, Paris, Gallimard, 1950, p.159).

#### 4.1.2 ORIGINE DU CONCEPT

Le terme de représentations sociales est utilisé dès l'antique avant tout dans le domaine de l'esthétique et apparaît dans les textes de Platon, Plotin. Il sera utilisé par des philosophes dont Kant qui « *redéfinit la représentation comme le caractère unificateur des deux modes de connaissance que sont l'intuition et la pensée* » (Blay,2006).

Plus récemment introduite par Émile Durkheim (1898), l'idée de représentations sociales deviendra une notion fondatrice de la psychologie sociale. Ce concept sera repris par de nombreux auteurs, d'origines disciplinaires diverses, dans leurs travaux (Wallon, Piaget, Foucault, Kaes, Duby, Augé, Herzlich, Bourdieu...). Il est également utilisé dans le champ de la santé (Billon-Descarpentries, 2003, Peoc'h et al, 2007).

En France, ce sont les travaux de Serge Moscovici, à partir des années 1960, qui posent les dimensions du concept (fonction socio-cognitive, orientation de la communication et des conduites).

Claudine Herzlich (1984) souligne que les différents auteurs ayant travaillé sur les représentations sociales, quels que soient leurs objets d'études, ont cherché à mieux comprendre la façon dont « *l'individu « construit » sa réalité sociale et s'y oriente* ». Par ailleurs, on note des approches théoriques et épistémologiques différentes. Les représentations sociales sont un processus dynamique et complexe. Elles s'élaborent, se transforment et s'appuient sur les pratiques sociales et professionnelles.

#### 4.1.3 IDÉES REÇUES, CLICHÉS, PRÉJUGÉS, STÉRÉOTYPES ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Les représentations sociales sont à la base de notre vie psychique. Elles sont les pièces essentielles de notre épistémologie, du moins pour ce qui regarde notre connaissance de sens commun. C'est à elles que nous faisons le plus facilement et le plus spontanément appel pour nous repérer dans notre environnement physique et humain. Situées à l'interface du psychologique et du sociologique, les représentations sociales sont enracinées au cœur du dispositif social. Tantôt objet socialement élaboré, tantôt constitutives d'un objet social, elles jouent un rôle déterminant dans la vie mentale de l'homme dont les pensées, les sentiments, les plans d'action, les référents relationnels, les valeurs leur empruntent tous quelques choses. De fait les représentations sociales sont présentes aussi bien dans les objets de la pensée pure que dans ceux de la pensée socialisée.

Pierre Mannoni nous explique dans son ouvrage que les produits de la pensée se présentent comme des élaborations groupales qui reflètent, à un moment donné, un point de vue prévalant dans un groupe relativement à certains sujets. Ils peuvent concerner aussi bien des faits et situations que des personnes et ont pour vocation essentielle de produire une espèce « d'*idée reçue* » qui vaut dans tous les cas et s'impose avec une valeur attributive ou prédicative. La pensée pré-judicative est bien, comme son nom l'indique, constitué par un jugement pré-élaboré, représentant une sorte de prérequis pour un groupe donné. Le préjugé ressorti de ce point de vue à une espèce de convention globalement consensuelle qui intéresse tout particulièrement certaines questions et se présente ainsi comme un produit mental simple et unifié revendiqué et il n'a pas besoin de chercher de justification, ni d'explication pour l'admettre. L'adhésion se fait d'une manière automatique dans l'inconscient où se déploie cette « *idée reçue* ». Chacun, dans la société de référence, sait à quoi s'en tenir lorsqu'il est confronté à cet énoncé niveau infra-critique est une des caractéristiques du préjugé et constitue l'essentiel de sa dangerosité. Tous les ensembles humains sont assujettis aux « *préjugés* », car ils sont économiques, commodes et efficaces, facilitateurs de la communication sociale en même temps qu'activateurs épistémologiques de la pensée vulgaire. Le préjugé tient du schéma dont il est à peine besoin de souligner les traits réducteurs et caricaturaux. Les préjugés peuvent être simplement le fruit d'un conditionnement. Par exemple la brave mère de famille qui déclare constamment devant ses enfants à propos d'un commerçant plus ou moins malhonnête : « *C'est un vrai juif* », n'a probablement pas l'intention d'enseigner la haine ou le mépris des juifs à ses enfants.

Les stéréotypes quant à eux se présentent comme des clichés mentaux stables, constants et peu susceptibles de modification. Ils sont constitutifs de l'opinion d'un groupe. De ce fait, ils sont plus puissants que les préjugés ou les « *idées reçues* ». Les stéréotypes produisent des biais dans la catégorisation sociale par simplification extrême, généralisation abusive et utilisation systématique et rigide. Les caractéristiques qui constituent l'objet sont ainsi régulièrement faussées et, surtout, elles s'imposent globalement dans la perception qu'on a de l'objet en question. Les stéréotypes, participent à la catégorisation sociale dans les problèmes de relations interethniques (Katz et Braly, 1993 ; Billig, 1984), et aboutissent parfois à des attitudes discriminantes, voire xénophobes ou racistes.

Préjugés et stéréotypes sont ainsi des éléments constitutifs de la pensée commune qui participent puissamment au système de représentations avec lequel ils entretiennent des

rapports certains non seulement de coexistence, mais également de consubstantialité. Il existe, en effet, un jeu de connexion et d'échange entre les préjugés, les stéréotypes et les représentations sociales. Il faut insister sur le fait que si les idées reçues, préjugés, stéréotypes, représentations sociales comportent une part de vérité et correspondent à une certaine réalité, elles ne sont pas, il s'en faut de beaucoup, la réalité : la vérité tient dans leur nature profondément affective, dépendant de la psychosociologie du groupe de référence et des circonstances qui peuvent modifier le contenu.

À la suite de la lecture de l'ouvrage de Pierre Mannoni, j'ai assimilé l'idée que les représentations sociales jouent un rôle déterminant dans la vie mentale de l'homme et sont étroitement liées avec les trois concepts qu'elles peuvent engendrer comme des stéréotypes, des préjugés et la discrimination.

Ces représentations que nous avons de l'objet, nous appartiennent et ne reflète pas toujours la réalité. Dans le cadre de notre exercice professionnel, nous côtoyons des personnes de différentes cultures ou différentes ethnies. Nous nous retrouvons face à des patients souffrants, vulnérables et angoissés pour certains qui manifestent leur mal être par un comportement agressif voir violent que nous jugeons inacceptable en société ainsi qu'en collectivité et pour lesquels nous avons des stéréotypes. En d'autres termes, il convient de retenir que nous avons la plupart du temps avant même d'avoir pu tisser un lien de confiance avec le patient des idées préconçues à son sujet, ce qui par la suite peut rendre difficile la prise en soin pour les deux parties. Un des exemples les plus parlants serait celui du stéréotype culturel au sein du milieu médical qui consiste pour les professionnels soignants à considérer que les personnes nord-africaines, noires ou d'autres minorités exagèrent leurs symptômes et leurs douleurs, ce qui par la suite engendre une défaillance dans la prise en soin hospitalière. En langage médical on appelle cela le « *syndrome méditerranéen* ». Or, nous le savons, chaque personne que nous rencontrons est singulière est quelle que soit la cause de la douleur, avec le temps et si elle n'est pas bien prise en compte, elle finit par provoquer diverses réactions psychologiques : anxiété, insomnie, asthénie, dépression, repli sur soi etc. Ainsi, s'installe un cercle vicieux le soignant se désespère face à la situation et le patient « *lui* » se sent incompris. De plus, comme nous l'avons appris pendant nos études « *La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrites en ces termes* » et donc elle est propre à chacun. Pour ma part, j'ai rencontré des patients en soins palliatifs qui géraient leurs affections en prenant tout sur le ton de la plaisanterie et je ne doute pas une

seconde combien ils devaient endurer psychologiquement et physiquement. Seulement « eux » avaient choisi peut-être par manque de force ou de résilience de ne pas être agressifs ou violent. Peut-être avaient-ils des prédispositions pour faire face à leur situation, à leur stress ou tout simplement arrivaient-ils à gérer leurs émotions ? La gestion des émotions n'est pas chose facile...Avoir des stéréotypes amène donc à catégoriser les personnes à partir des représentations sociales que l'on s'en fait et nous conduit à ne plus voir le sujet dans sa singularité mais à nous focaliser sur ce qu'il nous renvoie. La réflexion sur ses propres représentations sociales semble primordiale afin de ne pas engendrer de stéréotypes négatifs qui pourraient faire naître des attitudes négatives comme des préjugés et avoir un comportement discriminatoire à l'égard de ces patients. Cette prise en soin faussée par des pensées erronées car le patient est catégorisé nous convainc inconsciemment à le traiter différemment et à ne plus lui accorder le respect qu'il mérite et ainsi ne plus respecter sa personne et donc sa dignité. Il me semble important de ne pas oublier que ces représentations sont une perception de la réalité et non de la réalité en elle-même comme le dit si bien Pierre Mannoni. De plus nous ne pouvons pas ne pas avoir de stéréotypes car nous ne serions pas humains mais nous pouvons travailler sur ceux-ci pour qu'ils n'engendrent pas de préjugés et qu'ils ne découlent pas vers des comportements discriminatoires.

#### 4.1.4 CONCEPTS DE STÉRÉOTYPE, PRÉJUGÉS

##### STÉRÉOTYPES

Si la réalité des stéréotypes est facile à saisir, le concept ne l'est pas. Le terme même de stéréotype remonte au dix-huitième siècle. Formé à partir de mots grecs stéréos (solide) et tûpos (empreinte, caractère), il désigne alors un procédé typographique qui consiste à « *convertir en planches solides d'un seul bloc des pages préalablement composées en caractères mobiles* » (Mortier, 1963, p.116).

L'utilisation des stéréotypes permettait alors des impressions rapides, peu coûteuses, mais aussi de relativement faible qualité. Au XIXe siècle, la notion de stéréotypie est utilisée par des psychiatres pour désigner la fixité d'un comportement d'un point de vue topographique et temporel (Ashmore et Del Boca, 1981). Il est donc intéressant de noter que dès le début de son histoire, le stéréotype désigne quelque chose de rigide, répété, constant est figé.

Le concept de stéréotype a réellement fait son entrée dans le champ des sciences sociales quelque deux siècles plus tard avec le journaliste américain Walter Lippmann (1922).

Celui-ci considère les stéréotypes comme « *des images dans nos têtes* » simplificatrices, relativement rigides et pas toujours de bonne qualité qui fonctionneraient comme des filtres entre la réalité objective et l'idée que l'on s'en fait.

« *Il est aisé de s'accrocher à ses stéréotypes et ses idées préconçues, on se sent ainsi rassuré dans sa propre ignorance* ». (Michelle Obama *American Grown*, 2012).

## PRÉJUGÉS

L'étymologie de préjugé est un jugement a priori, une opinion préconçue relative à un groupe de personnes donné ou à une catégorie sociale. En psychologie, le terme de préjugé est généralement associé à une valence négative. En effet il est défini la plupart du temps comme « *une attitude négative ou une prédisposition à adopter un comportement négatif envers un groupe, ou les membres de ce groupe, qui repose sur une exagération erronée et rigide* ». (Allport, 1954, psychologue). Cela étant, un sens positif est tout à fait possible bien que peu étudié en psychologie on parlera alors de « *préjugé favorable* ».

Les préjugés sont caractérisés par leur charge affective. En tant qu'attitudes, ils constituent un jugement de valeur simple à l'encontre d'un groupe social ou d'une personne appartenant à ce groupe. Le préjugé est alors fortement teinté du point de vue affectif et émotionnel. On peut « *ne pas aimer les plombiers* », *avoir de l'aversion pour les hommes politiques* » etc...

Les préjugés sont composés de trois dimensions :

- Une dimension motivationnelle, qui correspond à la tendance à agir d'une certaine manière à l'égard d'un groupe ;
- Une dimension affective, qui renvoie à l'attrance ou à la répulsion ;
- Une dimension cognitive, qui se réfère aux croyances et aux stéréotypes à l'égard d'un groupe.

Les préjugés présupposent obligatoirement l'existence de stéréotypes. Cependant, on peut avoir des stéréotypes qui ne se traduisent pas en préjugés.

Les stéréotypes, souvent inconscients, sont difficiles à éviter. Pourtant, ils peuvent mener vers des préjugés, eux-mêmes responsables de discriminations. C'est pourquoi, il est important de prendre du recul sur ses propres stéréotypes et de prendre le temps d'analyser les situations de manière factuelle pour éviter les raccourcis.

Les deux concepts précités ci-dessus sont intimement liés et peuvent être positifs ou négatifs. Il faut reconnaître néanmoins que l'on entend beaucoup plus parler de ces concepts en négatif

qu'en positif. Dans tous les cas nous savons que ces concepts peuvent causer de lourdes conséquences sur les personnes qui en sont victimes et il convient donc de réfléchir sur les représentations sociales que nous avons afin de ne pas en arriver à une mauvaise prise en soin par le biais d'idées faussées.

## 4.2 CONCEPTS D'AGRESSIVITÉ ET DE VIOLENCE

### 4.2.1 DÉFINITIONS

La violence et l'agressivité sont deux concepts très proches. En effet il semblerait que l'agressivité soit subjective, elle est menée par la colère et l'impulsion alors que la violence est menée en toute objectivité, le sujet se sentant menacé répond obligatoirement par un passage à l'acte. Les premières images de violence ou d'agressivité qui nous viennent à l'esprit sont les insultes, les menaces, les critiques, les intimidations. Ces images sont facilement identifiables et reconnaissables par autrui. À divers moments de la vie en collectivité, certaines attitudes, certaines paroles sont souvent interprétées de façon inattendue. Elles peuvent déclencher des tensions, de l'agressivité, un passage à l'acte. L'étymologie du mot Agressivité Ad-gressere en latin signifie « *aller au-devant de l'autre* » ou « *attaquer* ». Le dictionnaire Larousse définit l'agressivité comme « *une tendance à attaquer* ». Les deux comportements agressifs principaux sont l'attaque et la menace. Il existe, cependant, plusieurs définitions puisque le concept recouvre plus d'une dimension à la fois. Pour certains auteurs, l'agressivité est à la base de tous les instincts de survie ; elle serait utile est régulatrice pour l'être social. Erich Fromm (1972) qualifie d'agressivité biophile (bio : « *la vie* », philia : « *qui aime* ») l'énergie mise au service des besoins d'affirmation de soi, de réalisation et d'amour. Elle sert de défense de soi, de son territoire, de ses valeurs. Pour d'autres, il s'agit d'un comportement jugé inacceptable selon des normes sociales données. D'un point de vue comportemental, elle pourrait être définie comme une conduite physique ou verbale qui vise, consciemment ou non, à nuire, à détruire, à humilier ou à contraindre une personne. L'agressivité est présente à toutes les étapes du développement de l'être humain. Elle atteindrait même son paroxysme dès l'âge de 2 ans et c'est au contact de la société que l'enfant apprend à contrôler ses réflexes d'agressivité pour adopter des comportements plus sociaux. (Tremblay et al., 1983). Les attitudes agressives (regards, mimiques etc..) ont un caractère provocateur et peuvent l'être ouvertement (menaces, insultes, critiques, intimidations) ou de façon plus insidieuse (médisance, ironie, causticité). L'agressivité peut également être un trait de caractère durable ou simplement une réaction passagère liée à la nécessité de satisfaire certains besoins ou d'établir un statut. Une personne

au comportement agressif est souvent une personne qui a peur, qui se sent menacée, qui se sent impuissante ou frustrée. Elle réagit à une menace imaginaire ou réelle et n'arrive pas à résoudre la situation par les voies d'expression habituelles. Qu'on la vive sous forme de colère ou d'énergie mobilisatrice, l'agressivité est avant tout cette force vitale mise au service de l'être humain comme puissance d'affirmation de soi, par opposition à la soumission ou à la fuite. Mais aussi elle peut conduire à des comportements négatifs contre soi-même (auto-agressivité) ou à l'égard d'autrui (hostilité).

#### **4.2.2 AGRESSIVITÉ DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ**

La relation soignant-soigné est par nature asymétrique. Le patient est hospitalisé en raison d'une maladie ou des conséquences d'un accident qui bouleversent ses mécanismes de défenses somatiques et psychiques habituels. Il doit faire face à cette irruption de la souffrance dans son corps (et dans son psychisme) en mobilisant toutes ses ressources. Dans ce contexte où il est dépendant des soignants, il peut être amené à faire preuve d'agressivité contre cet environnement qui tolère souvent mal ce comportement et peut réagir contre agressivement en retour. Le soignant qu'il le veuille ou non, exerce un pouvoir sur le patient. Il détient une certaine forme d'autorité qui en impose peu ou prou au patient. Il peut être amené à prendre des décisions ou à poser des actes qui s'imposent au patient sans que celui-ci ait pu exprimer ce qu'il pensait de ces actes ou de ces décisions. De ce fonctionnement, de la maladie elle-même et de la souffrance qu'elle occasionne, de la régression provoquée par l'hospitalisation et l'alitement, peuvent naître des comportements agressifs, normaux ou pathologiques. Le soignant de son côté peut être touché par le patient. Il s'investit d'une façon positive ou négative. Ce contre-transfert peut susciter une certaine forme d'agressivité chez le soignant qui évitera, par exemple de passer devant la chambre d'un mourant afin de ne pas être confronté à la mort. Il évitera également d'être en relation de proximité avec un patient « psy » qui lui fait peur. L'agressivité non assumée et non travaillée conduit à la maltraitance. Un comportement agressif est un comportement que l'on ressent comme agressif. Ainsi, nous sentirons-nous agressé par l'injure proférée par un malade, alors que celle-ci se rapporte à sa situation et ne comporte aucun sens hostile à notre égard.

### 4.2.3 ORIGINE DU CONCEPT (AGRESSIVITÉ)

Si en français le même mot exprime à la fois combativité (exemple celle du cadre dynamique) et la violence il n'en va pas de même pour l'anglais. Si le terme « *aggressiveness* » fait référence à une agressivité positive, à la base du dynamisme général de la personnalité et des comportements adaptatifs celui « *d'aggressivity* » traduit l'agressivité dans son sens négatif habituel. Il y aurait ainsi deux formes d'agressivité : l'une qui serait une tentative plus ou moins réussie d'adaptation à l'environnement et l'autre qui serait la projection d'une énergie interne destructrice. L'*aggressiveness* est utile en soin. Elle pousse le patient à lutter contre la maladie quitte à remettre en cause l'environnement. L'*aggressivity*, elle, apparaît davantage comme un obstacle. La racine du mot se rattache au bas latin *agressor* d'après le participe passé *aggressus* du verbe *aggreddi* (attaquer), il décrit celui qui attaque. Le dictionnaire encyclopédique Larousse définit l'agressivité comme une tendance à attaquer, une tendance à se livrer à des actes hostiles à l'égard d'autrui. Il est à noter que le mot générique n'est plus le mot *agresseur*, ni celui d'agression, mais le verbe *agresser* rapporté du latin *aggreddi*. Pourquoi faire un tel détour ? Pour bien montrer que l'agression n'est pas une attaque simple (tout au moins pour la langue). Si l'agresseur est celui qui attaque le premier, qui provoque, c'est bien qu'il va y avoir un deuxième, une réponse et c'est l'existence de cette réponse qui justifie l'utilisation des termes de la série. Le terme n'a pas été forgé pour décrire une action particulière mais pour justifier la réponse opposée à cette action, dans un souci de sanction de l'acte. L'agresseur est ainsi défini par le Grand Robert comme celui qui attaque sans avoir été provoqué, comme celui qui commet une agression.

#### *ATTRIBUT DU CONCEPT D'AGRESSIVITÉ*

L'agressivité est un des constituants les plus constants des relations humaines. Ainsi que l'écrivent P. Bernard et S. Trouvé un comportement agressif « *visé consciemment ou non, à nuire, à détruire, à dégrader, à humilier, à contraindre. Il se traduit de façon très variée, soit par des paroles blessantes, soit par des attitudes menaçantes, soit par des actes de violence.* » L'agressivité, à différencier de la violence qui ne s'exerce pas forcément contre un autre repéré en tant que tel, se manifeste sous des formes très variées, camouflées, détournées et masquées. L'opposition active ou passive, l'évitement, l'indifférence, l'ironie, le refus d'aide peuvent être des manifestations d'agressivité. Il paraît difficile d'évoquer les manifestations d'agressivité des patients sans nous interroger sur notre propre propension à être parfois ironique, à les éviter, à

refuser de les entendre, de les aider. L'agressivité des soignants, dans la relation et donc en réaction au transfert, suscite de nombreuses contre attitudes qui doivent pouvoir être interrogées. Le neurobiologiste P.Karli, souligne qu' un comportement agressif est toujours le résultat d'une rencontre entre deux êtres vivants dans une situation donnée. Qu'il soit de nature offensive ou défensive, un comportement d'agression est un moyen d'expression et d'action pour les fins les plus diverses, ce qui explique le nombre considérable des facteurs (d'ordre biologique, psychologique, sociologique) qui par le jeu de leurs interactions en constituent le « *champ causal* ». Face à une situation donnée, la probabilité de mise en œuvre d'un comportement d'agression est grande si : la situation est perçue, interprétée et vécue de façon telle que l'agression parait être la stratégie appropriée ; l'expérience acquise dans cette même situation ou dans des situations analogues a démontré qu'il s'agit effectivement d'une stratégie qui a toutes ses chances d'être efficace ; rien ne vient vraiment retenir l'agresseur potentiel. Autrement dit, pour apprécier cette probabilité, il faut savoir comment la personne potentiellement agressive perçoit, interprète et vit les situations « *agressogènes* », l'expérience qu'elle a acquise en adoptant cette stratégie et les limites susceptibles de la retenir. L'agressivité interviendrait comme une stratégie dont les buts sont : soit l'affirmation de soi et la satisfaction des besoins et des désirs, soit la défense contre tout ce qui menace l'intégrité de soi ou du groupe.

#### **4.2.4 AGRESSIVITÉ DU PATIENT / AGRESSIVITÉ DU SOIGNANT**

Certains malades semblent trouver un soulagement de leurs peurs ou un exutoire pour leur agressivité en criant à tout propos et en faisant divers bruits dérangeants pour les autres malades et pour le personnel de soins. Ils empêchent les autres de dormir et semblent ne pas s'en soucier, car ils paraissent s'y adonner avec grand plaisir. Il y a risque de conflit avec les autres patients, mais il y a surtout le danger que ces cris ne camouflent parfois de véritables appels à l'aide qui seraient ignorés. « *À force de crier au loup, lorsque les loups sont là, il y a risque qu'on entende plus...* ». Ce phénomène se présente surtout chez le patient souffrant de démence, mais il est aussi possible chez les malades mieux articulés qui dorment pendant le jour et s'ennuient la nuit alors qu'ils sont agacés de voir dormir les autres. Devant un malade irrité, qui bougonne et crie pour faire appel à plus d'attention, la soignante est parfois décontenancée ou craintive, car certains patients en colère, sont parfois physiquement violents. Alors comment les aborder sans les provoquer ? Et surtout comment les calmer s'ils deviennent vraiment en colère ? Au cours de notre travail infirmier nous rencontrons parfois des malades avec lesquels il est difficile

d'établir un lien de confiance. La question se pose alors de savoir devons-nous insister, leur parler de notre difficulté, leur faire des reproches ou les éviter le plus possible ? Certains sont impolis, vulgaires, séducteurs, agressifs, critiques ou argumentatifs et même hostiles, alors comment faire pour réussir à exécuter un travail vraiment professionnel dans ces conditions. Malheureusement, nous restons figées par leur audace et découragées de devoir tenter de les calmer pour leur donner des soins. Il est pourtant nécessaire d'apprendre à les approcher, à les apprivoiser afin de réussir à composer avec eux le mieux possible. Nos jugements hâtifs sur les malades sont le moule des incompréhensions et des relations chaotiques. Identifier un malade en le traitant de difficile ou de récalcitrant est très malheureux. Cet étiquetage est toujours une erreur, car si nous éprouvons de la difficulté à communiquer avec lui, c'est probablement qu'il y a un problème mal connu qui le fait réagir de cette façon. Lorsque nous le rencontrons à l'urgence ou dans un service, il peut être souffrant, inquiet, voire apeuré par tout le dispositif médical et bureaucratique qui règne en milieu hospitalier. Sa réaction, si désagréable soit elle, est en quelque sorte un mécanisme de défense et notre réponse infirmière consistant à hausser le ton, à imposer sans ménagement les décisions médicales de routine, est aussi de même nature. Trop souvent nous procédons à des interventions sans même en demander l'autorisation au malade tenant pour acquis qu'il est à l'hôpital, donc il en accepte les conditions. L'agressivité est un comportement, humain et animal, induit par de la violence, consciente ou inconsciente. Elle peut s'exprimer envers d'autres personnes, des objets ou se retourner contre l'individu agressif lui-même. Elle peut être générée par des réactions instinctives comme la peur, la jalousie ou la protection d'êtres chers.

#### 4.2.5 VIOLENCE

L'Organisation mondiale de la santé retient cependant la définition opérationnelle suivante : *« La violence c'est l'usage ou la menace d'usage intentionnel de la force physique ou de pouvoir, à l'encontre de soi-même, d'une autre personne, d'un groupe ou d'une communauté, causant ou pouvant fortement causer des traumatismes physiques et psychologiques, la mort, l'absence de développement ou la privation »* (OMS, 1996).

Le mot « violence » est construit sur la racine grecque bio, qui signifie « vigueur », « force vitale », ou encore bios, qui signifie « la vie ». Ce n'est que par extension de sens que la violence devient une force dangereuse pour autrui. Faire violence à quelqu'un serait le contraindre en le brutalisant ou en l'opprimant. La violence se reconnaît dans l'usage de la force pour porter atteinte à l'intégrité physique des personnes ou des objets, visant leur destruction ou leur

causant un dommage. La victime est alors perçue comme une source réelle ou potentielle de frustration et de danger. « *Qualité de ce qui agit avec force* », nous dit le dictionnaire littré. Ainsi, au cœur de la notion de violence, se trouverait l'idée d'une force. La violence serait présente chez tous les êtres humains dès l'aube de la vie. Le mouvement primitif de l'être humain est de projeter sur le monde extérieur tous les sentiments négatifs qui le submergent dans un effort de libération ou parfois de survie. Pour Jean Bergeret 1995, il s'agit-là d'une violence fondamentale qui n'est ni bonne, ni mauvaise en soi, mais plutôt d'une pulsion de vie mise en action des lors que l'individu perçoit une menace réelle ou supposée. Il y a lieu de distinguer la violence de l'agressivité, car ces deux concepts ne sont pas de même nature. La violence est une force brutale, aveugle, dans un mouvement pour projeter vers l'extérieur un ressenti jugé insupportable à l'intérieur ; c'est un mouvement défensif que le cerveau met en œuvre en vue d'atteindre un objectif. Dans la violence on s'intéresse à soi-même, sans considération pour autrui. L'énergie déployée sert à dominer, à contraindre par la force ou l'intimidation. Celui qui subit la violence à l'impression de n'être réduit qu'à un simple objet. L'agressivité, en revanche, prend l'autre en considération dans un mouvement de totale ambivalence, ou s'expriment à la fois haine et amour. L'agressivité vise à nuire de façon spécifique à autrui, il y a une relation, un lien qui est créé avec l'autre. C'est ainsi, par exemple, qu'après une relation conflictuelle l'agressé redeviendra un interlocuteur avec qui la coexistence sera possible. Si la violence est toujours sous-tendue par une certaine agressivité, à l'inverse, toute agressivité ne se traduit pas forcément en violence. L'agressivité devient violence quand il y a un abus de pouvoir sur l'autre.

#### **4.2.6 LA VIOLENCE EN QUELQUES CHIFFRES**

L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) nous donne des chiffres clés du rapport 2020 (données 2019). En 2019, 23780 cas de violence (atteintes aux personnes et aux biens ont été signalés). Parmi les victimes d'atteintes aux personnes, les personnels représentent 81%. Et c'est en psychiatrie, aux urgences et en USLD/EHPAD que les violences sont le plus signalées. Les structures et les unités déclarant le plus de violences sont la psychiatrie (18%), les urgences (16%). Les USLD (unités de soins de longue durée) /EHPAD (13%). Les unités de soins (9%). La médecine (8%). L'insécurité qui touche les personnels de santé et les patients est une préoccupation majeure du ministère des solidarités et de la santé. Aussi, les managers hospitaliers doivent s'engager dans la prévention et la lutte contre les violences.

#### 4.2.7 LA VIOLENCE DANS LE SOIN

Pour l'OMS, la violence est « *l'usage délibérée ou la menace d'usage de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence* ». La violence est en augmentation dans le monde de la santé, comme le souligne l'OMS en 2010. Elle est ici considérée comme l'expression brutale d'un vécu douloureux, non transformé par le malade en mots, en capacité à attendre, à différer. La violence est dans l'agi et l'immédiateté de ce qui ne peut être pensé ou pensable, ou encore dit. Au niveau clinique, des nuances existent : violence clastique, agitation, agressivité, résistance aux soins avec parfois une robuste passivité. Les différentes formes de violence ne demandent pas la même réponse et n'interpellent pas le soignant de la même façon. Pour certains patients, les risques sont connus par l'équipe : antécédents de violence, certaines pathologies, pour d'autres non. Mais cette dangerosité est difficilement évaluable car les signes précurseurs de l'agir sont variables et pas forcément synonymes d'un passage à l'acte imminent : le refus de soins, l'opposition, l'agitation, le comportement adhésif, les demandes incessantes, la menace. Les réponses des équipes seront donc diverses : elles sont intriquées à l'intensité de l'agir, le moment de survenue, la résonance chez le soignant. Si la violence est un concept complexe et multiforme, par conséquent, le vécu des soignants et les réponses apportées le sont aussi ; elles vont dépendre de la résonance des situations. En effet, le soignant est « *pris* », « *surpris* » dans une interaction où la violence fait emprise, n'arrivant pas à s'en « *déprendre* ». Ses vécus sont parfois très différents : la sidération, la colère, le sentiment d'impuissance ou encore la déception quant à son investissement clinique, venant attaquer son idéal soignant. Le soignant se sent visé dans sa personne et se focalise sur la situation. L'augmentation de la charge émotionnelle et pulsionnelle de part et d'autre peut conduire à un fonctionnement spéculaire, en miroir. Cette focalisation réciproque sur l'objet du conflit fonctionne comme si le soignant réduisait son attention à ce seul objet. Patient et soignant sont dans un rapport de force avec un renforcement mutuel de la tendance à agir : l'acte appelle l'acte. On peut parler d'identification projective. Le soignant s'identifie inconsciemment aux éléments archaïques projetés en lui par le patient. Ce mécanisme entraîne un ressenti particulier, confusionnant et altérant la capacité du soignant à prendre de la distance et à restituer au patient ce qu'il est en train de vivre. Le fait violent est une interaction complexe qui fait effraction. Plutôt que de subir, il vaut mieux tenter d'en faire une situation à valeur thérapeutique en

exerçant une contenance, notion fondamentale, tant la violence du patient peut être liée à une faille de contenance de l'équipe et de l'institution. Cette fonction de contenance, décrite par « *la capacité de rêverie* » des soignants, est un acte soignant qui s'apprend. Le soignant reçoit les énoncés brut, archaïques, transmis par le patient ; il va tenter de transformer ces éléments « *insensés* » en éléments recomposés, recherchant une signification qu'il va restituer au patient. Cette restitution se fait par des mots, une attitude qui vont redonner une liaison à des choses qui n'en avaient plus, ce qui apaise l'interaction. La verbalisation du soignant permet au patient l'intériorisation d'un vécu qui a pris sens. Répondre autrement, outre la capacité de rêver pour contenir, est la capacité à « *mettre du jeu* » dans le sens « *mettre de l'espace, du décalage* » mais aussi dans le sens « *mettre de la créativité, de la souplesse* ». D'abord, le soignant doit être dans une disponibilité psychique interne nécessaire pour accueillir l'autre, celui qui souffre et pour lui permettre d'être dans la relation. Pour cela, il a la capacité de faire abstraction de ses préoccupations personnelles pour être dans une écoute active et empathique du patient. Ensuite, pour éviter l'emprise et la réaction en miroir déjà décrite, le soignant doit pouvoir être en introspection, Au cœur de la situation de violence, il doit repérer, identifier et nommer ce qu'il ressent ; il doit aussi, seul ou en équipe, évaluer les risques, les capacités et compétences de chacun. Cela permet de verbaliser, de proposer des actions adaptées et si besoin, de faire appel à des collègues pour faire tiers. La définition de la bonne distance dite thérapeutique n'est pas simple : « *trop loin, il n'y a pas de soins relationnels possibles, trop près, il y a un risque de passage à l'acte* ». La réponse thérapeutique lors d'une situation de violence se situe dans ce que Laurent Morasz nomme « *la fermeté souple* ». Il s'agit de faire preuve de créativité pour pouvoir se décaler de la situation de violence et se recentrer sur la souffrance de la personne, du sujet malade. En cela, le soignant montre de la souplesse, mais, dans son attitude, son ton de voix, son énoncé, il y a la fermeté des règles avancées, du rappel du soin, du règlement, et de la prise en compte de la souffrance du malade. La violence a beaucoup d'impact, « *son traitement* » va nécessiter de prendre soin des mesures à mettre en place pour continuer le travail clinique. Après une situation de violence, le débriefing est indispensable. Il permet de remettre du sens et éviter les effets toxiques, délétères de la situation et l'enkystement des vécus douloureux ou traumatiques. Ce temps d'élaboration remet la souffrance du patient au centre de la problématique : « *qu'est-ce qu'il nous a dit par ce passage à l'acte qu'il ne pouvait pas dire autrement ?* ». Cette analyse redonne du sens aux différents éléments projetés par le patient de façon diffractée sur chacun des membres de l'équipe. Le but est de proposer ou réaménager

un projet de soins adapté au patient. Un temps de reprise en équipe permet aussi de dérouler le fil de la prise en charge afin de tenter de comprendre les facteurs qui ont pu induire l'agir, en tirer des enseignements pour la suite des soins de ce malade, et des autres prises en charge. Enfin, le traitement institutionnel de l'évènement évite la dislocation de la cohésion d'équipe et favorise l'inscription confiante de chaque professionnel dans le projet de l'unité. En conclusion, la conception du vécu des soignants lors de la réponse à la violence passe par l'acceptation de ce symptôme comme expression de la souffrance de la maladie et parce qu'elle est parfois liée à la faillite du cadre des soins. Toutefois, les soins ne se résument pas à sa gestion. Notre cœur de métier est la rencontre avec l'autre souffrant, rencontre qui est le socle d'une relation de soin. C'est un métier difficile qui s'apprend et se travaille. Pour nous, satisfaire le besoin de sécurité n'est pas suffisant pour que l'on continue à avoir plaisir à soigner.

Ce qui ressort de mes lectures, c'est que finalement la violence est réactionnelle. Elle se côtoie partout et n'importe où. Elle est une réponse ou une réaction à une autre violence possiblement ignoré. Autrement dit, il n'y a pas de violence gratuite. C'est pourquoi il est important de préciser que « *toute violence n'est pas fondamentalement négative* », et quelle peut être repérée par le soignant, grâce aux manifestations d'hostilité que peut présenter le soigné. Il est intéressant de retenir que tout acte de violence est porteur d'un message qui peut être l'expression d'une grande souffrance ou d'un appel à l'aide. La violence de ce que j'en comprends est un mode de communication et de relationnel qu'il convient de comprendre et non d'ignorer. Dans un service hospitalier le « *patient* » violent est celui qui est déjà passé à l'acte et qui continue de le faire. Néanmoins, la profession d'infirmier nous le savons est avant tout un métier dans lequel il faut faire du mal pour faire du bien (par exemple la pose de cathéter). Outre l'agressivité passive ou active dont peuvent faire preuve les soignants de manière consciente ou inconsciente, la grande majorité des soins que nous prodiguons sont, ni plus ni moins, que des actes de violence. Mais alors, la violence des patients serait-elle une réponse à une contre violence à l'attitude des soignants ?

## 4.3 RELATION SOIGNANT/SOIGNÉ

### 4.3.1 QU'EST-CE QUE LA RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ ?

Qui dit soin dit inévitablement relation soignant-soigné. D'après le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers : « *La relation soignant-soigné n'est pas une relation de salon, elle a pour but de l'aide et le soutien de la personne soignée jusqu'à son retour à l'autonomie* ». Elle est le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes : un engagement personnel de l'infirmier, une objectivité, un minimum de disponibilité. L'art infirmier repose ainsi sur la qualité de la relation que l'infirmier(e) parvient à établir avec la personne soignée et ses proches. Mais alors, qu'est-ce qu'un soignant ? Si la relation soignant-soigné présuppose un lien existant entre deux personnes de statut différent Walter Hesbeen définit un soignant comme étant « *un professionnel dont l'action est marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de faire des soins*. » Le terme de soignant regroupe l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce quelle que soit la spécificité de leur métier. Le soignant se positionne dans le « *prendre soin* » et non pas dans le « *faire des soins* », auquel nous pouvons transposer, le patient « *sujet* » ou « *objet* » du soin. Un soigné est quant à lui d'après le dictionnaire humaniste « *une personne en situation de besoin d'aide pour une durée plus ou moins déterminée. Elle ne parvient plus à exercer momentanément son autonomie, mentale ou physique, et peut ne plus être en mesure de décider pour elle-même*. » La relation soignant-soigné se définit comme étant une interaction entre deux personnes. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient. Le principe de cette relation est de créer un lien qui permettra de percevoir et d'analyser les problèmes et les besoins du patient en prenant en compte la communication verbale mais également non verbale.

D'après *Rogers*, la relation soignant-soigné est centrée sur la relation d'aide et le soin se pense à travers l'alliance thérapeutique c'est-à-dire, en collaboration mutuelle entre le soignant et le soigné dans le but d'accomplir les objectifs fixés.

Or, dans la situation relatée plus haut, je peux effectivement reconnaître qu'il y a bien eu relation soignant-soigné car elle est incontournable mais y a-t-il eu relation d'aide ? En effet, cette situation imprévisible et complexe, et qui plus est singulière, a bien été faite d'interactions faisant partie intégrante de la relation soignant-soigné. Cependant, la relation d'aide a été entachée étant donné le comportement hostile du patient et les réticences des soignants dans

cette prise en soin complexe, certainement faussé lors de son arrivée ce qui n'a pas permis d'établir ce lien dans sa globalité à mon sens. Il semble même que ce soit l'inverse qui se soit produit puisque en effet le patient s'est montré réticent à tous les soins proposés avec n'importe quel soignant dès le début de son hospitalisation.

Trois attitudes dans le cadre de la relation d'aide sont définies dans (l'approche centrée sur la personne) à savoir l'empathie, la considération positive inconditionnelle et la congruence et/ou l'authenticité. L'écoute active peut aussi y être incluse car elle favorise la capacité à faciliter la communication et la disponibilité psychique (et physique) y sont aussi incontournables. Pour que la relation d'aide soit efficace l'idéal serait d'utiliser ces trois concepts ensemble formant ainsi l'alliance thérapeutique qui est donc par définition indissociable d'un soin de qualité. En effet, c'est l'idée que soignant et soigné puissent collaborer pour le soin, relation qui se doit d'être basée sur la confiance. Au regard de la situation, quel sens donner alors au soin si la relation d'aide est inexistante ? méconnaître ou ne pas appliquer ces concepts joue-t-il un rôle dans les attitudes de violence et d'agressivité des patients ? De même dans le soin, se joue une asymétrie de la relation soignant-soigné, durant laquelle, *« la possession d'un savoir, d'un savoir-faire peut être ressentie par ceux qui sont démunis comme la violence qui leur est faite par le possesseur, d'où leur violence en retour »*. N'est-ce pas ce qui s'est passé dans le cas de monsieur Raymond lors de son arrivée dans le service ? l'asymétrie au sein de la relation engendre une forme de violence symbolique qui surgit lorsqu'un sentiment d'infériorité est éprouvé ou perçu, le malade est pris dans un engrenage où l'on décide pour lui, où l'on fait sans forcément lui demander son avis, ou son consentement n'est pas spécialement recherché, et où il n'est pas toujours informé des examens en cours. *« Pierre Bourdieu définit la violence symbolique comme étant une domination sociale. Un processus de soumission par lequel les dominés perçoivent la hiérarchie sociale comme légitime et naturelle. Les dominés éprouvent un sentiment d'infériorité ou d'insignifiance. Ils sont soit invisibles, soit stigmatisés. (Bourdieu les qualifie d'être perçus, alors que les dominants sont ceux qui perçoivent). Ces réalités sociales confirment les représentations mentales que les dominants se font des dominés, si bien que la hiérarchie sociale apparaît logique aux yeux de tous. La violence symbolique n'est ni un processus d'influence, ni une vaste manipulation. C'est une croyance collective qui permet de maintenir les hiérarchies. Elle a pour effet la soumission des dominés sans que les dominants aient besoin d'avoir recours à la force.*

Mais alors, le devenir de l'attitude du patient s'est-il jouer de la sorte dans la relation soignant-soigné qui a été mise en place. Notons que la personne soignée est fragilisée par la maladie, elle devient vulnérable, mais en même temps elle reste en position d'attente face au corps soignant auquel elle confie ce qu'elle a de plus cher, sa santé. Cette attente et cet espoir dans les « *savants* » qui vont le guérir, le soulager de tous ses maux, confère aux soignants un certain pouvoir, une force, une responsabilité. Ce que j'observe en fin de compte dans cette situation, c'est que la violence détourne les codes du dialogue, déforme les repères et rompt les liens. Ce mal identitaire profond n'a d'autres modes d'expression que l'acte au lieu de la parole. Bons nombres d'éléments déclencheur comme la douleur, l'angoisse générée par la maladie, l'isolement familial, notre prise en soin, l'asthénie, l'environnement, l'asymétrie de la relation, ont conduit monsieur Raymond à perdre patience et à devenir agressif, voire violent avec les autres pour alerter probablement sur un vécu devenue intolérable que nous n'avons pas su distinguer d'un mal être mais que nous avons attribué à sa personnalité de par son comportement acerbe et très certainement à des idées préconçues faisant suite à certaines informations reçues dès son entrée. Enfin, j'ai pu observer que les soignants voulaient contenir la situation tout en maîtrisant leurs émotions en les cachant devant le patient afin de ne pas impacter la prise en soin. Pourtant ce qui ressort des lectures c'est que la relation soignant-soigné nécessite d'être authentique et/ou congruent et ceci me questionne car en voulant cacher ses émotions que reste-t-il de l'authenticité et/ou de la congruence dont le soignant doit faire preuve dans la relation soignant-soigné ?

#### **4.3.2 L'EMPATHIE**

Figure emblématique de la psychologie humaniste nord-américaine, Rogers développe une relation d'aide psychothérapeutique de type permissif, centrée sur la personne. Par une série d'entretiens, le client acquiert progressivement une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de faire face aux réalités de la vie de manière plus constructive, de découvrir avec du secours ses propres solutions à ses problèmes. Via l'écoute inlassable de matériau enregistré, Rogers théorise sa pratique psychothérapeutique. Il désigne l'empathie comme une variable significative de la relation d'aide. Il s'agit de percevoir de l'intérieur des réactions personnelles et les sentiments essentiels du client, tels qu'ils apparaissent au client lui-même, et de lui communiquer cette compréhension.

Rogers écrit : « Être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composantes émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si ». L'empathie permet au thérapeute de participer de façon aussi intime que possible à l'expérience du client tout en demeurant émotionnellement indépendant. Pour Rogers l'empathie est un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui, qui permet de devenir sensible aux mouvements d'affects qui se produisent chez ce dernier, tout en gardant la conscience d'être une personne séparée de lui.

En revanche pour Jean Artaud l'empathie se définit comme une attitude envers autrui caractérisée par une qualité de présence authentique. Celle-ci est associée à un effort constant de perception de ce que l'autre éprouve effectivement ainsi que de la compréhension de ce qu'il exprime. Étymologiquement, empathie signifie « *ce qu'on éprouve dedans* ». C'est donc l'art de percevoir le sentiment de l'autre et ses points de vue, comme s'il s'agissait des nôtres, et de leur faire temporairement « *une place* » à l'intérieur de nous, sans pourtant jamais perdre de vue qu'il s'agit de l'expérience de l'autre et non de la nôtre. Autrement dit, il s'agit d'être capable de percevoir à tout instant avec justesse et sensibilité le vécu d'une personne selon son cadre de référence à elle, et de faire abstraction de nos propres conceptions pour entendre celles de l'autre, sans les juger. Être capable de saisir les références internes d'une autre personne n'est pas chose facile à faire et cela demande une connaissance de soi, une grande ouverture d'esprit, une absence d'a priori, ainsi que la reconnaissance et l'acceptation qu'il puisse exister d'autres systèmes de référence que les siens.

### **4.3.3 LA CONSIDÉRATION POSITIVE INCONDITIONNELLE**

La considération positive inconditionnelle est une attitude qui consiste à ne pas porter de jugement, et c'est l'attention qu'on porte au patient qui nous permettra de lire son comportement autrement. De fait, la réponse apportée à une situation dépend de la façon dont la lecture a été faite, soit de l'interprétation.

En effet, l'aidant doit poser sur la personne aidée un regard positif inconditionnel. Sous ce regard, la personne est encouragée à être dans le ressenti qu'elle est en train d'expérimenter, quel que soit celui-ci : colère, peur, courage, confusion, ressentiment, etc. Accepter ce que dit la personne ne signifie pas forcément d'être en accord avec ce qu'elle exprime, mais plutôt avec le fait que « *cela* » puisse se dire et être ressenti. L'aidant est dans une absence de jugement

face à ce qui est vécu, quels que soient les ressentis exprimés, incluant ceux exprimés vis-à-vis de lui.

L'attitude acceptante crée un climat qui facilite le changement. Cela aide la personne à se sentir reconnue dans ce qu'elle est, et être validée dans son expérience.

#### **4.3.4 LA CONGRUENCE**

Être congruent c'est le fait d'être authentique et d'apparaître à l'extérieur comme on est à l'intérieur. C'est être dans un état interne d'accord entre ce que l'on est réellement dans nos pensées, nos perceptions, nos ressentis, et ce que l'on communique à l'autre. Selon Rogers, il est difficile pour une personne de croire si elle est face à un rôle et non à une personne. Étant donné que le langage non verbal est plus puissant que le langage verbal, quand un soignant n'est pas authentique, la personne aidée le perçoit.

L'effet de ces trois attitudes à savoir l'empathie, l'acceptation positive inconditionnelle et l'authenticité peut être phénoménal sur la personne, celle-ci l'aidant à retrouver son potentiel à croire vers un mieux-être.

#### **4.3.5 LA RELATION DE SOIN : UN RAPPORT ASYMÉTRIQUE**

Les acteurs d'une relation peuvent se situer dans un aspect de similitude ou de différence. Deux collègues infirmiers sont dans un rapport de similitude au regard de leur fonction identique, on dit alors qu'ils sont dans des rapports symétriques. Il n'y a ni préséance, ni hiérarchie, ni soumission. Les échanges sont égaux, se font « *en miroir* » c'est-à-dire avec la même forme et le même degré d'implication, et cela se traduit dans la manière de communiquer, de se saluer, etc. Lorsque les rôles ou statuts sont différents, on parle alors de relations asymétriques, ou hiérarchisées. L'un des protagonistes se retrouve en position « *haute* » alors que l'autre est en position « *basse* » : médecin/infirmier ; infirmier/patient ; patron/employé, etc...

La position haute implique l'initiative, l'invitation à être suivi dans ses propositions d'action, alors que la position basse implique le fait d'accepter, d'accueillir la proposition de l'autre. La relation asymétrique est possible et paisible quand elle se situe dans un cadre qui l'englobe et lui donne sens, et quand elle est centrée sur un objectif accepté par les protagonistes. Celui-ci est l'objet même de la relation : la bonne santé dans l'exemple médecin/infirmier, médecin/patient, infirmier/patient, ou encore la pérennité de l'entreprise pour patron/employé.

Face à la personne soignée, l'infirmier est en position haute. Pour le patient, la plupart du temps, l'infirmier est celui détenteur d'un savoir, d'une expertise et à ce titre le patient lui accorde un certain pouvoir sur lui. C'est un paramètre à prendre en compte, surtout dans le cas où le patient réagit de façon sur-adaptée aux propositions de soins, cherchant surtout à faire plaisir au soignant. Le fait d'inviter un patient à devenir acteur de ses soins tend à diminuer l'asymétrie du rapport soignant/soigné.

#### **4.3.6 LA COMMUNICATION**

La communication qu'est-ce que c'est ? Quand on parle de communication, que ce soit d'un point de vue sociologique, ou dans un sens plus commun, on parle toujours de la transmission d'un message, d'une source à une cible. C'est ainsi que l'ingénieur et chercheur Claude E. Shannon, en collaboration avec le philosophe et mathématicien Warren Weaver, ont élaborés une modélisation de la communication entre machines (Shannon & Weaver, 1949).

La communication nous le savons est un phénomène complexe mettant en jeu de multiples circonstances de fonctionnement elle peut être : verbale ce qui correspond à l'oral ou à l'écrit, non-verbale ce qui correspond à des signaux de langage corporel comme les gestes, les expressions faciales, la posture et enfin para-verbale ce qui correspond au ton employé, le volume, le ton de la voix, le rythme de la parole, les pauses, le choix des mots et la prononciation. Si elle se compose d'une part explicite, le plus souvent sous la forme du langage, elle comprend néanmoins des facettes implicites qui font intervenir les inférences, les codes culturels, ainsi que l'ensemble du contexte dans lequel elle s'insère. Il est donc nécessaire de prendre en compte l'ensemble de ses composantes pour être en mesure de comprendre autrui et de communiquer adéquatement avec lui. La communication verbale est constituée de signes linguistiques absolu qui servent à évoquer une réalité. Elle s'exprime par des mots, par le biais de la parole. La transmission correspond donc à un ensemble de sons émis par une personne dans le but d'établir une communication avec autrui. Elle représente la plus naturelle des formes d'expression et demeure le moyen volontaire de communication avec autrui le plus utilisé. Cependant si l'on entend par communication un échange dynamique entre deux personnes, avec envoi et réception d'informations à l'aide des mots, la communication non-verbale peut se définir comme étant l'élaboration et le partage d'éléments signifiants sans emploi de la parole. En effet, la communication non-verbale s'exprime au travers de la gestuelle, de l'aspect extérieur. Elle est révélatrice d'une réalité intérieure de la personne et se déroule de façon non

consciente la plupart du temps. Si les signaux verbaux énoncent des faits, les signaux non verbaux permettent eux de percevoir l'intensité affective d'un message, et étant donné qu'ils sont moins contrôlés, ils sont susceptibles de communiquer de précieuses informations dans l'interaction. Lorsqu'un soignant communique avec un patient, il doit être attentif à décoder ce langage qui est « *au-delà* » des mots prononcés, afin d'y adapter sa communication. Dans notre profession, nous savons qu'il faut respecter des temps de silence d'un patient. Et pour cause, le « *silence* » a résolument un pouvoir « *sensible* » vis-à-vis de l'autre. Il s'avère être un véritable outil de communication non-verbal derrière lequel se cache une intention intime, secrète, car non exprimée. Faire silence, ce n'est pas être inexistant, c'est même plutôt démontrer le caractère inviolable d'un bien précieux : « *l'intimité psychique* ». Sur ce point, s'il y a bien un endroit où le silence a une place prépondérante, il s'agit de la relation de soins. Dans ce cadre très intime de la communication interpersonnelle, se voulant être établi dans un lien de confiance, donc de sincérité, se dresse continuellement une frontière inconsciente. Qui ne s'est jamais retrouvé devant un patient qui se faisait silence ? quel soignant ne s'est jamais demandé « *à quoi pense-t-il ?* ». Ces temps de mutismes permettent souvent de se recentrer et de s'évader dans une situation inconfortable, et sont pour nous soignants générateurs d'une grande curiosité puisque soyons clairs, on ne soigne pas en silence. C'est une question de principe déontologique puisque nous avons pour obligation dans un premier temps de délivrer une information claire et précise, de recueillir le consentement du patient avant d'effectuer tout soin. Prendre le temps d'être précautionneux et d'y inclure ce qui se cache derrière ces bruits de l'âme, c'est reconnaître la valeur de l'être humain et ses émotions. Bien que générant une ambiance malaisante, ces temps de silence se doivent d'être honorés et l'intrusion se fait alors lorsque nous sommes spectateur et/ou observateur de cette communication non-verbale, de la gestualité, des froncements, du faciès qui en découlent car bien que la phonation soit absente le corps par définition, par son positionnement peut être indicateur d'un ressenti. C'est donc ce que nous appelons la communication non-verbale. Il faut savoir l'appréhender pour mieux la comprendre et lui donner une place à part entière tant ce biais de communication revêt de multiples visages. Le silence n'est en soi pas un danger à partir du moment où il respecte l'individu en tant qu'être et non objet. Les mots ne sont pas toujours essentiels pour exprimer ce que l'on pense car l'on est toujours ce que l'on pense mais pas toujours ce que l'on dit. Ainsi, le regard, le toucher et la présence sont de merveilleux outils de communication non-verbale à mobiliser lorsque,

parfois, les mots manquent. Peut-être que si nous connaissions la valeur du silence, nous cesserions de le fuir comme un ennemi ?

### NOTION D'HABITUS DE PIERRE BOURDIEU

Pierre Bourdieu est une des figures majeures de la sociologie française du XXe siècle qui s'est surtout intéressé aux mécanismes de reproduction des hiérarchies sociales (par exemple dans *les Héritiers en 1964* ou *la Reproduction en 1970*, tous deux écrits avec Jean-Claude Passeron). Pour ce faire, il a forgé le concept d'habitus, qui permet de donner une clé d'interprétation des rapports des acteurs au monde. Dans une démarche à la fois structuraliste et constructiviste, Pierre Bourdieu appréhende les comportements humains comme la conséquence d'une structure intériorisée qui se traduit par une action non réfléchie des participants mais qui conforte, inconsciemment, les positions de chacun dans l'espace social. Pour comprendre la notion d'habitus, il convient de revenir sur la notion de « *champ* » et de « *capital* », au fondement même de l'analyse bourdieusienne de « *la structure sociale* ». En effet il saisit le monde social comme divisé en ce qu'il nomme des « *champs* ». Qu'il soit religieux, politique, médical ou encore artistique, le « *champ* » est un « *microcosme social* » dans lequel les participants occupent des positions différentes et hiérarchisées en fonction de leur dotation en « *capital* ».

L'habitus désigne donc un système de préférence, un style de vie particulier à chacun. Il ne relève pas d'un automatisme mais d'une prédisposition à agir qui influence les pratiques des individus au quotidien : leur manière de se vêtir, de parler, de percevoir. Ces prédispositions sont intériorisées inconsciemment durant la phase de socialisation, pendant laquelle l'individu s'adapte et s'intègre à un environnement social. Durant cette période, l'individu est alors conditionné d'une façon invisible et se construit une manière d'être et d'agir face au monde et sur le monde. L'habitus n'est pas une habitude dans le sens où il ne s'agit pas simplement d'un phénomène de reproduction d'un comportement inculqué par le milieu social, il représente bien plus un système « *puissamment générateur* » puisqu'il est à l'origine d'un sens pratique. En conclusion, l'habitus se définit comme étant des structures structurées prédisposées à fonctionner comme des structures structurantes. Structures structurées puisque l'habitus est le produit de la socialisation mais également structures structurantes car générateur d'une quantité infinie de nouvelles pratiques.

L'habitus est au cœur de la reproduction des structures sociales et ne traduit jamais une situation immuable ; il est un processus qui évolue en s'ajustant aux conditions de l'action.

La définition sociologique d'habitus désigne donc une manière d'être, une allure générale, une tenue, une disposition d'esprit. La notion d'habitus dans ce que j'en comprends, est le fait de se socialiser, ce qui permet à l'individu de se mouvoir dans le monde social et de l'interpréter de la manière qui lui convient. Le rôle des (*structures structurés*) c'est-à-dire la socialisation primaire qui a lieu dans l'enfance, l'adolescence et des (*structures structurantes*) c'est-à-dire de la socialisation secondaire (*âge adulte*) est très important dans la structuration de l'habitus. L'habitus par définition est la matrice des comportements individuels. Il influence tous les domaines de la vie : loisirs, alimentation, culture, travail, éducation. Mais alors, si les inégalités en santé de la population, au regard des différents niveaux sociaux sont bien identifiées, comment faire entendre que les soignants n'ont pas toujours conscience qu'ils n'ont pas le même abord du patient en fonction de leur niveau dans la société ?

Ces rapports de classe sociales ou de hiérarchies, de sexe ou de race influencent-ils notre manière d'être et donc notre habitus ?

L'individu est influencé par sa socialisation, qui le pousse à agir en fonction des dispositions qu'il a intériorisées, mais son action n'est jamais prédéterminée.

## **5 ENQUÊTE EXPLORATOIRE**

### **5.1 OUTIL UTILISÉ**

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, j'ai conduit des entretiens semi-directifs.

Selon Chantal Eymard et Odile Thuillier « *l'entretien se caractérise par le fait que l'enquêteur identifie en amont les thèmes et sous thèmes à aborder. L'ordre des sous thèmes est libre. L'enquêteur invite l'interviewer à approfondir un sous thème qui se présente dans le discours, lorsqu'il n'a pas été spontanément développé. Il prépare des questions qui permettent de recueillir des données concernant les thèmes ou sous- thèmes non abordés* ». (Eymard ; Thuillier, 2018, p.86). L'entretien semi-directif est un entretien qualitatif dont le but est de faire parler longtemps son interlocuteur sur le sujet de l'enquête, en faisant le pari que, si on lui laisse suffisamment le temps et la liberté de s'exprimer, il livrera de très riches informations. Son histoire, son vécu, sa perception de l'actualité ou d'une histoire à laquelle il a été mêlé, ses motivations profondes, ses hésitations, ses ambiguïtés, toutes ces choses qui ne se verbalisent

pas facilement et pas souvent devant autrui. Ces entretiens semi-directif ont été réalisés à partir de questions ouvertes afin que les soignants s'expriment librement sur le sujet.

## **5.2 POPULATION CHOISIE**

La population auprès de laquelle j'ai mené mon enquête de terrain a été réalisée, auprès des professionnels de santé infirmiers et aides-soignants au nombre de sept. Du côté des infirmières pour trois d'entre eux l'expérience est de plus de 4 ans seule une infirmière est jeune diplômée depuis 1 an et demi. Pour ce qui est des aides-soignants deux d'entre eux sont diplômés depuis 4 ans seule une aide-soignante est jeune diplômée depuis 2 mois au moment de l'entretien. Ceci m'a permis de pouvoir comparer les visions de chacun en fonction de leurs expériences, de leur point de vue sur le sujet ainsi que du poste occupé. Mener sept entretiens m'a semblé intéressant car j'ai pu élargir celui-ci auprès des aides-soignants qui sont souvent plus que les infirmiers au contacts des patients et donc il m'a semblé important de ne pas les oublier. Chacun a pu répondre de manière libre, sans jugement et m'expliquer l'influence que pouvait avoir la violence et/ou l'agressivité au quotidien sur leur prise en soin. Ainsi ce choix m'a permis d'obtenir des entretiens divers et variés sur le parcours professionnels de chacun et de m'enrichir de leurs expériences afin d'en tirer profit pour ma carrière professionnelle en tant qu'infirmière.

## **5.3 LIEU D'INVESTIGATION**

Ma question de départ étant portée sur les représentations sociales de l'agressivité et de la violence du patient générant un impact sur la relation soignant/soigné, j'ai décidé de mener mes entretiens au sein d'un service d'urgences de la région ainsi qu'au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD). Pour ma part, il me semblait être une évidence que le personnel de ces services de soin y soient confrontés directement du fait de la particularité de ces services et des soins dispensés et de la diversité des populations reçus. Ainsi, cela m'a permis de recueillir des témoignages de plusieurs soignants, de différents échelons et d'avoir leur point de vue sur ce sujet qui touche l'ensemble du milieu médical. L'agressivité et la violence est présente dans ces services car elle est en lien direct avec la pathologie parfois démentielle, psychiatrique, la douleur, la souffrance morale mais également les traumatismes de tous types. Cibler ces services m'a donc paru pertinent pour la construction de mon travail

de fin d'études et m'a permis de comprendre que ces comportements sont en parties responsables d'échecs dans la relation soignant-soigné.

## 5.4 GUIDE DE L'OUTIL

Le guide de l'outil est en annexe I.

## 5.5 GRILLES D'ANALYSE

Les grilles d'analyses sont en annexe V et VI.

## 5.6 ANALYSE

### 5.6.1 ENTRETIEN PAR ENTRETIEN

#### **Entretien n°1**

Laurence est infirmière depuis 5 ans au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Depuis l'obtention de son diplôme en 2018 elle a toujours travaillé auprès du sujet âgé par choix et parce qu'elle aime échanger avec les aînées.

Lors de notre entretien et dès la première question, Laurence m'indique que la violence à laquelle elle est confronté au sein de la résidence vient des personnes atteintes de pathologies démentielles dans un premier temps. « *La violence à laquelle je suis confrontée directement ici, je pense d'abord aux personnes qui sont atteintes de démence* » (IDE1, L12-13). Puis au fil des questions, de son expérience de terrain et en toute sincérité elle m'avoue que l'attitude des soignants influe de multiples façons sur l'agressivité des résidents ce qui engendre une montée de la violence par incompréhension des deux parties. « *J'ai entendu des échanges houleux venant de la chambre entre une aide-soignante et un résident atteint de démence* » (IDE1, L19-20). Elle reconnaît par la suite que ces comportements font partie du travail et que quotidiennement, elle est confrontée à de la violence et à de l'agressivité en précisant que de travailler avec l'humain conduit forcément à un moment donné à des situations compliquées. « *Quand on travaille avec l'humain, forcément on peut être amené à être confronté à pleins de situations différentes* » (IDE1, L34-35). En effet en plus d'être quotidienne, Laurence poursuit l'entretien en disant que la violence est aussi institutionnelle du fait des règles imposées aux résidents par l'établissement ce qui peut entraîner des répercussions sur la prise en soin globale du sujet âgé à long termes. Elle insiste sur le fait de ne pas banaliser

ces comportements car il est important et primordial pour elle de venir travailler avec l'envie, sans stress et sans la peur au ventre afin d'éviter que cela n'impacte la relation de soin. Même si ce n'est pas un environnement sain que de côtoyer la violence et l'agressivité au sein de la structure il faut sans cesse se questionner sur sa pratique, sur sa posture, sur ses difficultés afin que la relation ne soit pas rompue, car le risque réel est de devenir agressif à son tour et d'entrer dans un engrenage ou la maltraitance prônerait sur la bientraitance. « *Je pense qu'il y a un réel impact sur le soin quand la relation est rompue c'est vrai et le risque est de devenir à son tour agressif. C'est-à-dire de répondre à la violence et/ou l'agressivité par l'effet miroir* » (IDE1, L80-81).

## Entretien n°2

Sabrina est aide-soignante diplômée à la suite d'une validation des acquis depuis mars 2023. Avant l'obtention de son diplôme elle travaillait dans un autre établissement en qualité d'agent de service hospitalier faisant fonction d'aide-soignante. Elle exerce son métier au sein de la résidence depuis peu lorsque nous nous rencontrons pour l'entretien.

À l'issue de la première question, Sabrina commence par dire que la violence à laquelle elle se confronte au sein du service est multiples. En effet, « *elle évoque que la violence découle des résidents atteints de pathologies démentielles mais qu'elle est adressée également de la part des familles qui sont souvent dans l'incompréhension de la maladie de leurs proches* ». (AS2, L24-26). L'établissement étant soucieux du bien-être des résidents, elle m'explique avoir participé à une formation interne à celui-ci « l'Humanitude » qui consiste à acquérir des méthodes de prise en charge empathique et donc qui lui permet de trouver des solutions lorsque le résident se montre réticent au soin proposé afin d'éviter que celui-ci ne soit agressif ou qu'il ne le devienne par lassitude. Au fil de l'entretien, Je constate que le travail d'équipe est important pour Sabrina notamment dans les situations difficiles ou elle déclare « *on est censé quand on rencontre une difficulté avec un résident, laisser le binôme prendre le relai afin qu'il fasse ce qu'il peut* » (AS2, L60-61). Tout ceci dans le but de ne pas rompre la relation et d'accompagner le résident de la meilleure façon possible. Par la suite, Sabrina reconnaît qu'à l'entrée d'un résident elle a un a priori mais qu'une fois les présentations faites cela lui permet de se faire sa propre idée et ainsi de défaire les a priori entendu avant son arrivée. « *Je trouve important de se faire sa propre idée et d'apprendre à connaître avant de juger* » (AS2, L74-75). « *Le but est de ne pas se fier aux autres* » (AS2, L80). Je constate que les situations

difficiles se font sentir sur l'unité protégée parce que la thymie des résidents est en dent de scie et que parfois il suffit d'un mot pour que cela ne dérape et que cela n'engendre des situations de violence entre résident. Le caractère imprévisible de chaque situation se trouve sous le contrôle d'une pathologie démentielle dont la soignante fraîchement diplômée ne s'est pas méfiée et dont la gestion de la crise s'est avérée difficile. Sabrina reconnaît avoir vécue une situation au sein de cette unité qui l'a profondément marqué et pour laquelle elle n'exerce plus dans cette unité actuellement « *Tout s'est passé si vite. Jen ai parlé longuement avec la cadre parce que je n'étais pas bien par la suite. J'ai vu cette dame être soulevée avec une force incroyable par le cou, cette plaie au bras et le fait qu'elle saigne, j'ai eu vraiment peur* » (AS2, L122-125).

### Entretien n°3

Martine est aide-soignante diplômée depuis 4 ans. Depuis l'obtention de son diplôme en 2019 elle exerce son métier de nuit au sein de cet établissement pour personnes âgées de la région. Dès la première question, elle me confie que la violence à laquelle elle se confronte est multiples. En effet, elle déclare « *beaucoup de violence verbale et gestuelle parfois* » (AS3, L63). Pour autant, Martine reconnaît que la violence physique la nuit elle y fait face mais que pour elle cela reste rare. Du fait de son expérience antérieure, elle sait que d'intervenir en pleine crise ne peut que conduire à rompre le dialogue. « *Je laisse s'exprimer la personne comme elle veut. Après quand je vois que cela commence à se calmer, là j'interviens gentiment. Il ne faut pas intervenir en criant parce que ça ne sert strictement à rien, ce serait exciter pour exciter la personne. Mon approche, c'est ça je laisse crier, je laisse tomber la pression* » (AS3, L66-69). Elle est tout à fait consciente que ce n'est pas facile d'être confronté à des patients qui ont un comportement acerbe. Au fil de l'entretien, cette aide-soignante me fait part de son ressenti en me confiant que pour elle la violence se rencontre quotidiennement « *par rapport à la personne âgé qui vit en établissement qu'il n'a peut-être pas choisit, on leur impose parfois ce placement du fait de leur pathologies, par rapport à leur caractère* » (AS3, L80-81). Je comprends très vite que la violence est tout aussi bien institutionnelle étant donné les non-dits entre soignants qui peuvent générer une mauvaise ambiance lorsqu'elle dit « *de tout garder pour soi créer un mal-être au travail, conduit au burn-out et c'est la décadence. La violence est bien étant donné les résidents et elle est également présente au sein de l'établissement entre collègues* » (AS3, L118-121). Cette violence entre collègues se répercute forcément sur la prise en charge du

résident ce que regrette profondément Martine. En ce qui concerne l'arrivée du résident elle indique recueillir les premières informations auprès de l'équipe et ne pas partir avec un a priori. Elle se sert de son observation et se dit consciente que ce résident à peut-être une histoire de vie compliquée et qui est pour l'instant inconnu de tous. « *On voit avec le temps* » (AS3, L154). Elle se veut rassurante quant à la présence d'un psychologue la journée qui intervient lorsqu'un problème survient. Quoi qu'il arrive même en situation compliquée, Martine est compréhensive et prend le temps d'aborder le résident souffrant de façon douce, sans forcer, et tente d'apaiser la situation tout en gardant en tête que d'intervenir d'un pas déterminé conduit indéniablement à une rupture du dialogue. « *Je ne force pas les choses, il faut toujours minimiser, apaiser les choses, jamais y aller d'un pas déterminé parce que là ça va au clash forcément* » (AS3, L185-186). « *On n'est pas là pour envenimer les choses* » (AS3, L193).

#### Entretien n°4

Ivan est infirmier depuis 7 ans, lors de sa présentation il indique ne travailler qu'en tant qu'intérimaire par choix depuis l'obtention de son diplôme en 2016. Ce statut lui permet de changer de services et ainsi de continuer à approfondir ses connaissances.

Lors de notre échange, Ivan commence par dire que la violence à laquelle il fait face au sein de l'établissement est à la fois verbale et physique. Il met en cause les pathologies démentielles qui sont parfois difficilement contrôlables tout en restant discret sur la précision de celles-ci. « *Alors c'est un peu les deux je dirai avec les pathologies, les démences il y a parfois des passages à l'acte sur d'autres résidents mais aussi envers le personnel soignant également* » (IDE1, L14-18). Il reconnaît que des disputes éclatent parfois entre résidents du fait de la maladie mais aussi étant donné le caractère fort de certaines personnes qui n'hésitent pas à adresser des injures voire des coups aux personnels soignants tentant en vain de rétablir le calme. « *Je demande ce qu'il se passe, une résidente se lève, se dirige vers moi de façon brutale et me dit ta rien à faire ici toi dégage. Cette dame était virulente ce qui m'a interpellé, j'ai essuyé des insultes* » (IDE4, L96-100). Fort heureusement il me confie que ces événements sont rares au sein de la structure.

Il évoque ensuite que pour lui, la violence se côtoie partout aussi bien au sein de la vie professionnelle que dans la vie personnelle et il évoque que pour diverses raisons celle-ci est tout aussi bien institutionnelle du fait des règles de la structure, des horaires imposés, des soins dispensés mais aussi par le manque de personnel. Cette violence institutionnelle dont on ne

parle que succinctement finit par causer une réelle fatigue physique et morale, de plus elle en devient vectrice de souffrance et amène indéniablement à une forme de violence. En effet, nous sommes tous et toutes conscients que de travailler avec l'humain peut être riche sur tout point de vue mais se confronter sans cesse au manque de moyens génère un mal-être auprès des soignants et peut conduire à un burn-out. « *Si on travailler dans de meilleures conditions peut-être qu'il y aurait moins de soucis aussi* » (IDE1, L37-38).

Ivan est bien conscient que le changement de cadre est parfois difficile et il se montre très attentif et compréhensif à la modification de comportement du résident les jours suivant l'entrée. Soucieux de ne pas rompre la relation, il essaie toujours de maintenir celle-ci par le dialogue tout en connaissant ses limites et n'hésite pas à passer la main si le besoin s'en fait sentir. « *Si je vois que je ne vais pas y arriver oui je passe la main parce que ça ne sert à rien d'insister* » (IDE1, L50-51).

#### **Entretien n°5**

Marine est infirmière depuis 4 ans et depuis l'obtention de son diplôme en 2019 elle exerce son métier au sein d'un service des urgences de la région.

Lors de notre entretien elle évoque que la violence à laquelle elle se confronte est verbale et précise que celle-ci découle de l'inquiétude des patients quant au futur diagnostic. Elle avoue que c'est un peu plus violent verbalement et physiquement lorsqu'elle reçoit des patients menottés ou là les soins sont difficiles en présence des forces de l'ordre. « *C'est un peu plus violent même parfois physiquement, les gens sont menottés parce qu'il refuse qu'on leur prenne la tension, ils refusent de répondre à nos questions* » (IDE5, L39-40). Elle indique par la suite que les familles sont parfois virulentes du fait de l'attente car ils ne comprennent pas toujours la priorisation des soins. Marine reconnaît que lorsque le patient est virulent, elle applique le protocole en vigueur et n'hésite pas à avoir recours à la pose de contention chimique et physique pour le bien du patient et du personnel soignant afin de prévenir le risque de blessures. « *Après ils nous arrivent d'avoir des patients quand même qui en viennent aux mains qu'on est obligé de mettre sous contention chimiquement et physiquement* » (IDE5, L48-49). Elle me confie que le secteur où elle exerce son métier n'est pas un secteur où la violence prédomine mais que toutefois elle y fait face et donc que cela fait partie de son travail.

Elle se rassure quelque part en disant que les patients qui arrivent avec des comportements acerbes n'en veulent pas au personnel soignant mais plus à l'institution en général ce qui revient

à dire que la violence est aussi institutionnelle. Je constate lors de l'entretien que le travail en équipe au sein de ce service est important car elle évoque à plusieurs reprises que la présence des soignants est rassurantes notamment pour poursuivre la prise en charge du patient même lorsque c'est difficile et n'hésite pas à m'expliquer qu'elle passe la main quand cela n'est plus possible. « *On va peut-être s'y mettre à plusieurs, c'est vrai que c'est plus facile de faire appel aux hommes* » (IDE5, L88-90).

Là encore je remarque que les situations difficiles se retrouvent lors d'hospitalisation de patients atteints de pathologies psychiatriques. Lorsque j'écoute son récit je m'aperçois que la place des hommes est importante en cas de problèmes tout comme la présence du médecin qui met en place avant l'arrivée du patient le protocole en vigueur afin de calmer celui-ci et ainsi éviter les échauffourées dans le but de préserver le personnel en poste. « *On fait venir le médecin avec nous ou des ambulanciers ou des aides-soignants et du coup par leur carrure déjà ça met un recul à l'agitation et à la violence* » (IDE5, L92,94).

#### **Entretien n°6**

Johanna est infirmière depuis 1 an et demi. Depuis l'obtention de son diplôme en 2021 elle exerce son métier au sein d'un service des urgences de la région.

Dès la première question, Johanna évoque que la violence au sein du service des urgences est multiples et reconnaît tout de même que la violence verbale prédomine et que de temps en temps elle se confronte à de la violence physique. Elle reste consciente que les patients qui arrivent sont en souffrance et met un accent sur les patients atteints de pathologies psychiatriques qui sont pour elle les plus agités « *Souvent les patients psychiatriques sont quand même les plus agités* » (IDE6, L37), « *Ou les personnes âgées atteintes de pathologies démentielles qui quelquefois ils ne se rendent pas comptes* » (IDE6, L31). Elle évoque que parfois les délais de consultation peuvent être long en fonction de l'urgence et que le peu de temps accordé aux patients engendre une montée de l'agressivité « *les mots dépassent un peu les pensées et puis bah ça monte, ça monte et puis bah ça éclate* ». (IDE6, L45-46). Ces comportements entraînent des répercussions dont se passeraient bien les soignants puisque Johanna m'avoue « *comme on disait les mots dépassent la pensée bah forcément nous on a plus forcément envie, ça met quand même un froid* » (IDE6, L52-53). « *La violence verbale ça crée des tensions, quelque fois se prendre des insultes c'est compliqué* » (IDE6, L55-56). Elle a conscience que le poste qu'elle occupe n'est pas simple et qu'être confronté à des situations difficiles fait partie de son métier.

« *C'est compliqué pour le patient, c'est compliqué pour nous de travailler dans ces conditions-là parce que personnes n'aiment travailler quand ça crie* » (IDE6, L57-58). Johanna poursuit l'entretien par stipuler à plusieurs reprises que lorsqu'un patient psychiatrique arrive elle préfère intervenir à deux soignants. Je constate que pour elle le travail d'équipe est important et que la présence de soignant de sexe masculin est rassurante surtout lorsque la situation dérape.

« *Avant on n'en avait pas beaucoup, maintenant il y en a beaucoup. Ça aide pour les patients difficiles* » (IDE6, L105-106). Par la suite Johanna me raconte une situation compliquée qu'elle a vécu et là encore elle évoque avoir prodigué les soins sur une personne agité en présence de plusieurs hommes pour le maintenir. Elle avoue utiliser le protocole de la mise en place de contention afin de passer les traitements sans heurt et reconnaît que c'est une méthode qui est violente mais que ce patient était en souffrance psychique et que c'était la seule solution. « *Ce n'est pas idéal quand on est autant sur quelqu'un d'agité* » (IDE6, L152-153).

#### **Entretien n°7**

Alex est aide-soignant depuis 6 ans et travaille au sein du service des urgences de la région depuis l'obtention de son diplôme en 2017.

Il commence l'entretien par dire que la violence à laquelle il se confronte au sein de son service est multiples. En effet selon Alex, celle-ci découle de patients alcoolisés, des patients atteints de pathologies démentielles et des patients entrants qui se priorisent par rapport aux autres. Néanmoins il indique ne pas être dans un secteur géographique où la violence prône comparer à d'autres endroits. Pour autant il y fait face de temps en temps mais se veut rassurant en disant que maintenant les choses ne peuvent plus s'envenimer du fait de la mise en place de certains protocoles, de la présence des médecins et du soutien des forces de l'ordre qui peuvent se déplacer si un problème devient ingérable. « *Maintenant beaucoup de choses sont mises en place pour éviter d'avoir des problèmes* » (AS7, L43). Il évoque des algorithmes lors de l'entretien et indique que les similitudes sur l'agressivité et la violence sont retrouvées partout ailleurs et notamment depuis ces 3 dernières années du fait de l'épidémie de la Covid où les passages aux urgences étaient intenses. « *Il y a des périodes en fait et la fin d'année on l'a tous ressenti et puis aussi à certains moments pendant ces 3 dernières années, il y a eu des périodes forcément difficiles après ce sont des causes conséquences* » (AS7, L103-105). Il avoue par la suite que dans le secteur où il exerce il y a beaucoup de précarité et que souvent ce sont les mêmes personnes qui reviennent la nuit et qu'il est attentif à ne pas banaliser l'urgence. « *La*

*population ici par exemple, il y a beaucoup de précarité, donc on va voir beaucoup de gens arriver la nuit qui sont alcoolisés » (AS7, L59-60). Lors de son élocution, je constate que les situations difficiles se font sentir lorsqu'il évoque les patients avec des pathologies psychiatriques où là, la mise en place de contention chimique et physique est indispensable s'ils veulent arriver à soigner le patient. Il poursuit par dire que pour lui une personne qui revient souvent aux urgences est en souffrance ainsi il ne se permet pas de porter un jugement hâtif, au contraire il essaie de comprendre ce qu'il se passe. Enfin il évoque le travail d'équipe et le soutien qu'il apporte en tant qu'homme du fait de sa carrure lorsque ses collègues de sexes féminins se trouvent en difficultés. « On a ce degré d'encaisser au début de se dire de toute façon on est tous là, il y a des hommes, il y a des femmes, il y a des gens qui sont aptes à faire face » (AS7, L141-142).*

### **5.6.2 QUESTION PAR QUESTION**

La violence est un phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur au sein de la société, elle prend diverses formes parmi lesquelles les agressions verbales et les agressions physiques augmentent dans les établissements de soins. Le personnel de santé en général et le personnel travaillant aux urgences en particulier sont victimes d'agressions et de violence sur leur lieu de travail. Il me semble intéressant de faire part de quelques chiffres relever pour rendre compte de la violence au sein des services hospitaliers puisqu'en effet, Parmi les victimes d'atteintes aux personnes, les personnels représentent 81%. Et c'est en psychiatrie, aux urgences et en USLD/EHPAD que les violences sont le plus signalées. Les structures et les unités déclarant le plus de violences sont la psychiatrie (18%), les urgences (16%). Les USLD (unités de soins de longue durée) /EHPAD (13%). (ONVS, 2022) Mon intérêt pour ces thèmes à susciter chez moi bons nombres d'interrogations. Pour cela j'ai décidé d'en effectuer mon travail de fin d'études. J'ai donc conduit sept entretiens auprès de professionnels de santé dans deux lieux différents que sont un service d'urgences et un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

✚ Lors de la 1ere question qui est : « **A quel type de violence êtes-vous confrontez le plus souvent au sein du service »**

Les sept professionnels de santé dont 4 Infirmiers et 3 aides-soignants ont répondu à l'unanimité que la violence était multiple, diverse et variée. Martine évoque « *Beaucoup de violence verbale et gestuelle parfois* » (AS3, L63). Pour Ivan, la violence est multiple « *C'est un peu des deux je*

dirai » (IDE4, L14). De son statut d'intérimaire, Ivan intervient dans divers services et se confronte à des situations violentes. Sabrina reconnaît à son tour « *J'ai connu de la violence verbale, des insultes, ça peut être physique aussi* » (AS2, L30-31). Johanna qui travaille aux urgences avoue qu'elle se confronte la plupart du temps « *à de la violence physique et verbale* » (IDE6, L16). Alex aide-soignant aux urgences déclare lui aussi être confronté à de la violence physique et verbale. « *Quelquefois ils donnent le change* » (AS7, L131). Laurence qui travaille depuis 5 ans en EHPAD déclare que la violence à laquelle elle se confronte provient « *des résidents atteints de démences du fait de leur incompréhension par moment ce qui génère une certaine agressivité mais aussi elle découle du comportement que les soignants peuvent avoir à l'égard des résidents qui peuvent également être perçus comme agressifs ou violents.* (IDE1, L12-18).

« *Pour l'OMS, la violence est l'usage délibéré ou la menace d'usage de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence* » (Phaneuf, M, 2018, p.6.) Le problème des agressions à l'encontre du personnel soignant est en réalité un phénomène universel. Ce type de violence reflète la dégradation des conditions socio-économiques et des facteurs psychosociaux à l'origine de la flambée de la violence urbaine qui touche toutes les sociétés. Vus de l'intérieur, certains actes de violence semblent reliés directement à l'impatience aiguë de certains patients, ainsi qu'à la détérioration de l'accessibilité aux soins. Elle est ici considérée comme l'expression brutale d'un vécu douloureux, non transformé par le malade en mots, en capacité à attendre, à différer. La violence est dans l'agi et l'immédiateté de ce qui ne peut être pensé ou pensable, ou encore dit. (GBEZO, 2011, p.19).

Pour autant les soignants ont-ils toujours conscience que la violence est l'expression d'une souffrance que le patient ne peut exprimer autrement que par des actes, lorsque celle-ci lui apparaît insupportable ?

Lors de la relecture de tous les entretiens, et dès cette première question, je me suis aperçu que tous les soignants rencontraient des difficultés avec les personnes atteintes de pathologies démentielles ou psychiatriques. Certains se veulent rassurant quant aux moyens mis à disposition et aborde en toute sincérité avoir recours à la mise en place de contentions chimiques et physiques lorsque le patient est psychiatrique ou virulent. « *On lui à donner quelque chose pour la calmer* » (AS7, L157-158). « *Il fallait médicaliser ou entraver* » (AS7, L165). Marine

explique lors de l'entretien que « *si le patient est agité, dès l'entrée de celui-ci le médecin indique le traitement à mettre en place et avoue avoir recours à la pose de contentions physiques pour éviter que le personnel ne soit blessé* ». (IDE5, L97-120). Johanna fait aussi des confidences à ce sujet et raconte que lorsqu'un patient psychiatrique et ou prisonnier arrive cela crée des tensions et avoue avoir recours à la contention physique. Néanmoins, elle reconnaît que le patient est en souffrance psychique à ce moment-là et se tranquillise en disant qu'ici ce sont les urgences et donc qu'elle ne peut faire autrement. « *On lui a mis des contentions au niveau des pieds et il été menotté derrière le dos allonger sur le brancard et avec les gendarmes et notre collègue qui le maintenait* ». (IDE6, L128-129). Pour autant, l'usage de la contention est déjà un acte de violence que les soignants semblent occultés par mesure de sécurité et pour préserver leur intégrité. Cette pratique courante aux urgences n'est pas sans conséquences puisqu'elle porte directement atteinte à la liberté d'aller et de venir et expose à de nombreux risques. De plus son efficacité est souvent aléatoire.

Dans mes lectures, il ressort que l'agitation du malade et ses conduites agressives oblige le soignant à évaluer sa dangerosité pour se protéger et donc à agir rapidement. Le fait violent est une interaction complexe qui fait effraction. Plutôt que de subir, il vaut mieux tenter d'en faire une situation à valeur thérapeutique en exerçant une contenance, notion fondamentale, tant la violence du patient peut être liée à une faille de contenance de l'équipe et de l'institution.

L'amplificateur de la pathologie mentale génère des comportements violents assez fréquents chez certains patients hospitalisés (démence, délire, confusion mentale, toxicomanie). Il est à noter que la plupart des patients atteints de troubles mentaux ne sont pas particulièrement dangereux, ni violents. Mais ils peuvent le devenir dès lors que les soignants adoptent une attitude de « *riposte défensive* » ou encore une attitude de déni, d'évitement et d'ambivalence. Tout comme dans les services de gériatrie ou toutes les manifestations de violence verbale ou non verbale et de violence physique y sont répertoriées. Désignés parfois comme conduites agressives, dysfonctionnelles ou déviantes, ces comportements se réfèrent à des gestes ou des attitudes violentes non intentionnels. Ils sont le plus souvent les symptômes de pathologies comme la maladie d'Alzheimer ou la dépression du grand âge, qui tendent à déstabiliser les milieux de vie et l'organisation des soins. Notons qu'il existe également une agressivité dite normale chez certains patients, suscitée, par exemple par la non-satisfaction des besoins fondamentaux. (Gbezo, 2011, p.8).

Ce que je retiens c'est que certains patients quels que soit leurs pathologies peuvent glisser vers des comportements violents en raison d'une série de frustrations, de peurs ou d'angoisse ce qui les rend irritables. Cette révolte renferme souvent ce qui peut être verbalisé de façon raisonnable. Ce qui mérite un temps de réflexion de la part du soignant sur la posture qu'il adopte à l'accueil d'un patient ou du résident dès le début de la prise en soin.

✚ A la 2<sup>e</sup> question qui est : « **Pensez-vous que la violence et l'agressivité fassent partie de votre travail ?** »

Là encore les sept soignants répondent unanimement que oui la violence fait partie de leur travail. Laurence évoque « *je pense que la violence oui forcément en fait partie, et poursuit par expliquer que quand on travaille avec l'humain, forcément on peut être amené à être confronté à pleins de situations différentes, pleines d'émotions et la violence et/ou l'agressivité en fait indéniablement partie oui* » (IDE1, L33-35). Laurence est infirmière depuis 5 ans auprès des personnes âgées, elle a certainement vécu une multitude de situations difficiles ce qui lui permet d'affirmer que la violence et l'agressivité font partie de son travail.

Pour rappel, la violence et l'agressivité sont deux concepts très proches. En effet, il semblerait que l'agressivité soit subjective, elle est menée par la colère et l'impulsion alors que la violence est menée en toute objectivité. Le sujet se sentant menacé répond obligatoirement par un passage à l'acte. À divers moments de la vie en collectivité, certaines attitudes, certaines paroles sont souvent interprétées de façon inattendue. Elles peuvent déclencher des tensions, de l'agressivité, un passage à l'acte. (Friard, D, 2012, agressivité, pp.56-59).

Sabrina indique à son tour « *oui je m'y attendais oui bien sûr notamment lorsque le soignant touche à l'intime. C'est à nous de trouver une solution en fonctions des résidents pour éviter en fait qu'il soit agressif ou qu'il ne le devienne par la suite* » (AS2, L36-43). Pour cette aide-soignante diplômée depuis peu, trouver des solutions semble important afin de limiter les agressions alors que Laurence plus aguerrie du fait de son expérience privilégie le questionnement en premier lieu. Lorsque Laurence se retrouve face à un conflit elle se questionne. « *Quand je dis ça, je veux dire qu'on doit être capable de se dire qu'on peut prendre de la hauteur en se demandant, qu'est-ce qui a fait à ce moment-là que le résident a été violent* » ? (IDE1, L37-38). La remise en question est bel et bien le moteur pour avancer dans la profession, ne pas rester sur des incompréhensions permet d'avancer avec le résident ou le

patient et ainsi permet d'enrichir le soignant de ses expériences et de répondre de manière efficace lorsque des situations similaires se présentent.

De plus, dans mes lectures je note que dans nos milieux de soins généraux ou nos urgences, se rencontrent souvent des personnes non encore identifiées ou déjà diagnostiquées comme étant porteuses d'un trouble caractéristique d'une forme de démence. Les soignants en poste n'ont pas toujours la formation pour s'occuper de telles personnes, mais doivent se tirer d'affaires quand même. (Phaneuf, M, 2018, pp. 5-6).

Mes lectures évoquent également que devant un malade irrité, qui bougonne et crie pour faire appel à plus d'attention, la soignante est parfois décontenancée ou craintive, car certains patients en colère, sont parfois physiquement violents. Alors comment les aborder sans les provoquer ? Et surtout comment les calmer s'ils deviennent vraiment en colère ? Au cours de notre travail infirmier nous rencontrons parfois des malades avec lesquels il est difficile d'établir un lien de confiance. La question se pose alors de savoir devons-nous insister, leur parler de notre difficulté, leur faire des reproches ou les éviter le plus possible ? Certains sont impolis, vulgaires, séducteurs, agressifs, critiques ou argumentatifs et même hostiles, alors comment faire pour réussir à exécuter un travail vraiment professionnel dans ces conditions. Malheureusement, nous restons figées par leur audace et découragées de devoir tenter de les calmer pour leur donner des soins. Il est pourtant nécessaire d'apprendre à les approcher, à les apprivoiser afin de réussir à composer avec eux le mieux possible. Nos jugements hâtifs sur les malades sont le moule des incompréhensions et des relations chaotiques. (Phaneuf, M, 2018, p. 16).

Ivan infirmier depuis 7 ans semble détaché de la question car pour lui la réponse est sans appel il confit « *alors là, je dirai d'abord que la violence il y en a partout malheureusement que ce soit au travail, dans la vie personnelle, professionnelle* » (IDE4, L23-24). Tout comme Martine qui répond également « *bien sur oui parce que déjà la violence on la rencontre dans la vie de tous les jours* » (AS3, L79). Donc rien de surprenant pour ces soignants, pour qui le fait d'être confronté à de la violence dans la vie quotidienne conduit indéniablement à être confronté au même problème au sein du travail. Finalement, c'est un peu comme si ces comportements étaient tout à fait normaux de nos jours et que les soignants s'étaient résignés à vivre ceci quotidiennement. Martine et Ivan sont dans le médical depuis quelques années, la soignante était famille d'accueil auparavant peut être qu'au cours de sa carrière elle a déjà vécu de telle situation et de ce fait à une réaction plutôt détachée par rapport à la question. Pour autant, il est

vrai que la violence et l'agressivité ont pris une place importante ces dernières années au sein de la société et particulièrement au sein du milieu médical, mais que doit-on faire pour que les établissements de santé redeviennent des lieux où règne la sérénité et la confiance, parce que je me rends bien compte que l'impact pour les soignants est catastrophique. Le milieu médical qui était jusqu'à quelques années en arrière un lieu sanctuarisé où l'on ne s'affrontait pas est en train de devenir malgré les efforts de tous un endroit comme un autre. Pour Marine qui travaille aux urgences, la confrontation quotidienne à la violence fait qu'elle fait partie de son travail. « *Je pense que oui ça fait partie de notre travail, parce que du coup comme on y est confronté, on est obligé de savoir à peu près comment régir même si on n'a pas toujours la bonne solution* » (IDE5, L60-62). Marine semble s'être habituée à ce type de comportement du moins le service dans lequel elle exerce l'y oblige. Elle est confiante quant à ses capacités de gérer la situation et avoue avec sincérité que ce n'est pas toujours réfléchi sur le coup.

Dans mes lectures je retrouve que l'agressivité dans les soins infirmiers demeure une des situations les plus difficiles à comprendre et à tolérer. Les soignants qui y sont confrontés donnent beaucoup de leurs forces physiques et émotionnelle et ne saisissent pas très bien que certains malades y répondent par des paroles dures ou des émotions négatives. (Phaneuf, M, 2018, p.19). Pour autant, ces soignants sont-ils obligés d'utiliser la force de l'équipe complète pour se faire entendre ? Car comme le stipule Marine les actes ne sont pas toujours réfléchis. Doit-on comprendre que dans l'urgence il faut agir avant de réfléchir ? Johanna avoue que l'agressivité et la violence fait partie de son travail et évoque la maladie psychiatrique et démentielle « *ben malheureusement on est obligé d'y faire face à un moment donné parce que, enfin on ne remet pas la cause sur les patients ce ne sont pas leurs fautes, ce n'est pas volontaire* » (IDE6, L29-30). Pour autant les lectures expliquent que les différentes formes de violence ne demandent pas la même réponse et n'interpelle pas le soignant de la même façon. Mais cette dangerosité est difficilement évaluable car les signes précurseurs de l'agir sont variables et pas forcément synonymes d'un passage à l'acte imminent. Alex aide-soignant depuis 6 ans répond à la question « *bah oui c'est sur même. Oui c'est le service, après il y a des gens qui travaillent en EHPAD qui doivent se dire la même chose, non mais c'est le quotidien* » (AS7, L41-42). Effectivement ces comportements de nos jours se rencontrent dans tous les services confondus. Et pour cause, un patient ou un résident qui arrive en service est sans doute apeuré par les dispositifs, peut se morfondre quant à un diagnostic incertain, à l'attente parfois interminable, au manque d'information mais aussi il peut être impressionné par tout le

personnel qui gravite dans le service laissant souvent transparaître des visages fermés tant la charge de travail est conséquente. Tous ces facteurs dont nous n'avons plus conscience sont générateurs d'angoisse, de peur et peuvent mener le patient ou résident à adopter un comportement hostile que nous jugeons inadmissible. Pour autant d'après mes lectures, dans ce que nous trouvons inadmissible se trouverait l'idée d'une force. L'agressivité est un comportement, humain et animal, induit par de la violence, consciente ou inconsciente. Elle peut être générée par des réactions instinctives comme la peur, la jalousie, la protection d'êtres chers. L'agressivité peut être aussi associée à des pathologies psychiatriques, des névroses, de l'épilepsie et se caractérise par une violence verbale ou physique, d'intensité variable. Quant à la violence, elle est présente chez tous les êtres humains dès l'aube de la vie. Le mouvement primitif de l'être humain est de projeter sur le monde extérieur tous les sentiments négatifs qui le submergent dans un effort de libération ou parfois de survie. (Phaneuf, M, 2018, p.2).

Tous ces soignants font preuve de lucidité quant aux conditions difficiles dans lesquelles ils exercent leur métier et sont tous conscients que de travailler avec l'humain n'est pas sans risque et sans séquelle. Toutefois, la gestion des situations n'est pas toujours représentative du soin qu'il souhaiterait dispenser mais ils n'en restent pas moins tous déterminés à mener à bien ce pourquoi ils se sont diplômés et c'est avec courage qu'ils relèvent le défi chaque jour de soigner les patients agressifs, violents, alcoolisés, déments, psychiatriques, âgés du mieux qu'ils le peuvent et de faire en sorte que la souffrance quelle que soit, soit prise en compte peu importe l'énergie qu'il en coûte.

✚ Pour la 3<sup>e</sup> question qui est : « **quelles sont les répercussions de cette violence sur la relation soignant-soigné ?** »

Laurence de manière très attentive avoue que les répercussions se font sentir lorsque la relation est rompue « *les répercussions bah il y en a beaucoup bien sûr, déjà comme je te disais quand il y a de la violence, la relation est entachée* » (IDE1, L57-58). Finalement son expérience de terrain fait que Laurence est bien consciente que la relation de soin n'est pas toujours facile ce qui rejoint ce qu'elle a répondu à la question 2. Pour Sabrina derrière son élocution je comprends que pour elle les répercussions seraient l'échec de la relation quand elle évoque « *Je pense qu'il faut qu'on continue toujours à prendre du recul en fonction du travail que l'on doit faire, parce que on a des solutions. On passe la main, oui ça m'ait arrivé d'ailleurs beaucoup sur l'unité Alzheimer ou je travaille beaucoup* » (AS2, L48-59). Sabrina anticipe lorsqu'elle

sent que la relation est rompue, elle adopte la stratégie de passer la main ce qui est intéressant car insister ne ferait qu'aggraver la situation. Lorsque nous sentons une émotion monter, rapidement ou lentement nous pouvons anticiper sur ce qui risque de se produire, en imaginant le scénario des minutes ou des heures qui vont suivre, ainsi que nos réactions prévisibles. L'anticipation permet de préparer, autant que possible, les situations qui peuvent devenir difficiles, afin de mieux juguler leur impact émotionnel. (Gbezo, 2011, p.67).

Martine est tout aussi consciente quant aux répercussions que ces comportements engendrent sur la prise en charge du patient et confie que de pouvoir échangé au sein de groupe de parole qui n'existe plus au moment de l'entretien permettait sans jugement d'évoquer les difficultés rencontrées avec certains résidents au comportement compliqué. Je constate que cette aide-soignante aime la communication et la mise à plat pour le bien du résident et se soucie du bien-être de celui-ci. Elle indique que de ne pas en parler peut devenir dramatique. Son discours interpelle car elle induit également que la violence se retrouve au sein des équipes. « *Alors si on n'en parle pas ça peut être dramatique. Avant on avait des groupes de paroles et plus maintenant. De la violence qu'il pouvait y avoir mais aussi au niveau du personnel* » (AS3, L104-109). Mes lectures évoquent que l'expression du vécu est intéressante bien que chacun puisse réagir différemment face aux événements, certaines personnes se sentent soulagées (du moins en partie) en verbalisant ce qui a été vécu. Cette démarche favorise le relâchement des tensions et permet une action constructive contre d'éventuels blocages émotionnels. L'accompagnement d'un professionnel peut aider à prévenir les comportements d'adaptation inefficaces tels que l'évitement et le déni, qui favorisent le développement de phobies ou des peurs récurrentes, l'abus de médication, la détérioration des relations interpersonnelles ou encore le dysfonctionnement au travail. (Gbezo, 2011, p.178). Pour ma part, la démarche d'échanger sur le vécu des situations lorsque c'est compliqué est intéressante afin de libérer les tensions et de trouver des stratégies d'adaptation et de ne pas rester figé sur un malentendu.

Ivan quant à lui répond brièvement à la question, pour lui du fait de son statut infirmier il évoque ne pas se sentir atteint lorsque la violence se retourne contre lui et avoue que les répercussions se font sentir essentiellement entre résidents. « *Ce sont des répercussions envers le résident parce que nous on n'est pas forcément enfin nous on tourne la page. On n'est pas là pour rester figé sur une situation compliquée* » (IDE4, L42-44). Son expérience de terrain lui permet de prendre du recul et de ce fait d'avancer quoi qu'il arrive avec professionnalisme sans en tenir rigueur au résident. Marine infirmière depuis 4 ans aux urgences, a aussi conscience que la

violence entraîne des répercussions bien qu'elle trouve cela regrettable. Elle reconnaît que parfois la réponse apportée peut être agressive et avoue que pour elle, il est difficile de faire la part des choses par moment. « *Beh forcément, même si on voudrait que ça ne se passe pas, si on se sent agressé, on a tendance à peut-être soit se mettre en recul, soit être agressif verbalement nous aussi en répondant sèchement ou en pas répondant donc c'est vrai que ce n'est pas une solution mais quand c'est difficile quand même de faire la part des choses* ». (IDE5, L72-75).

Effectivement dans mes lectures, il est évoqué que les différentes formes de violence ne demandent pas la même réponse et n'interpellent pas le soignant de la même façon. Pour certains patients, les risques sont connus par l'équipe : antécédents de violence, certaines pathologies, pour d'autres non. Mais cette dangerosité est difficilement évaluable car les signes précurseurs de l'agir sont variables et pas forcément synonymes d'un passage à l'acte imminent : le refus de soins, l'opposition, l'agitation, le comportement adhésif, les demandes incessantes, la menace. Les réponses des équipes seront donc diverses : elles sont intriquées à l'intensité de l'agir, le moment de survenue, la résonnance chez le soignant. Si la violence est un concept complexe et multiforme, par conséquent, le vécu des soignants et les réponses apportées le sont aussi ; elles vont dépendre de la résonnance des situations. En effet, le soignant est « pris », « surpris » dans une interaction où la violence fait emprise, n'arrivant pas à s'en « déprendre ». Ses vécus sont parfois très différents : la sidération, la colère, le sentiment d'impuissance ou encore la déception quant à son investissement clinique, venant attaquer son idéal soignant. Le soignant se sent visé dans sa personne et se focalise sur la situation. L'augmentation de la charge émotionnelle et pulsionnelle de part et d'autre peut conduire à un fonctionnement spéculaire, en miroir. Cette focalisation réciproque sur l'objet du conflit fonctionne comme si le soignant réduisait son attention à ce seul objet. Patient et soignant sont dans un rapport de force avec un renforcement mutuel de la tendance à agir : l'acte appelle l'acte. (Chazalet, N, & Perrin-Niquet, A, 2014, pp. 21-24).

Johanna reconnaît que lorsque qu'elle est agressée verbalement, les mots dépassent parfois la pensée et son envie de soigner le patient perd de sa valeur car la situation crée un froid. Elle évoque ne pas bien vivre ces situations compliquées et se désole de devoir travailler dans de telles conditions. Toutefois lorsque les agressions verbales sont reçues de la part des patients atteints de pathologies démentielles ou autre, elle excuse ces agissements parce qu'elle sait que la maladie contrôle le patient et qu'ils agissent indépendamment de leur volonté. « *Quand c'est*

*la violence verbale on va dire que quelquefois, comme on disait les mots dépassent la pensée bah forcément nous on a plus envie, ça met quand même un froid. C'est compliqué pour le patient, c'est compliqué pour le soignant. En fait c'est compliqué pour tout le monde. C'est compliqué de travailler dans ces conditions-là. Pour les personnes malades bah malheureusement, je ne peux pas vraiment dire que ça met un froid parce que ce sont des personnes malades donc on ne peut pas leur en vouloir, ce n'est pas leur faute » (IDE6, L52-62).* Si la violence est excusable pour les patients atteints de diverses pathologies pourquoi ne l'est-elle pas pour les autres patients ? Tout être humain est porteur de sentiments et d'émotions et peu importe le statut de celui-ci je pense qu'il ne doit pas être oublier que lors d'une hospitalisation, le patient est dépossédé de son identité, de ses repères, de ses habitudes et qu'il en devient un sujet vulnérable capable du meilleur comme du pire. Certes je ne dis pas qu'il faille excuser ses comportements mais se mettre à la portée de ce que vive les patients permet de les comprendre et favorise ainsi le bon déroulement des soins et des décisions à venir.

Alex aide-soignant répond également qu'à partir du moment où il connaît les antécédents du patient entrant il excuse ce patient d'aller un peu loin verbalement en revanche je sens dans son discours que pour les patients conscients de leur agissements la réaction est toute autre. « *Dans la mesure où je connais les antécédents du patient moi je me dis que ce n'est pas sa faute, il y a aucun problème avec ça j'ai pas du tout à avoir de rancœur ou de jugement de valeur c'est en plus en ayant un enfant handicapé, je sais très bien que tout ce qui se passe chez moi aussi dans le cadre de la violence ce n'est pas sa faute. Donc je me dis la même chose pour les patients et puis ceux qui sont conscient de leurs actes on peut aussi leur expliquer comment ça se passe la vie » (AS7, L68-73).* Mes lectures évoquent qu'intervenir auprès de personnes présentant des comportements agressifs ou violents est un « *art* ». Il exige, de la part du personnel soignant, doigté, empathie, respect et professionnalisme. Si chaque situation de crise est un cas particulier, chaque intervention nécessite néanmoins un même fil conducteur de réflexion et d'action. En situation menaçante, il est primordial de garder un maximum de contrôle sur la situation, sinon le risque d'escalade symétrique devient majeur. (Gbezo, 2011, p.113).

✚ A la 4<sup>e</sup> question qui est : « **Comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé comme agressif ou violent ?** »

Pour Laurence diplômée depuis quelques années, le questionnement, la compréhension et la remise en question sont importantes pour ne pas laisser s'installer un mal-être et atteindre le but recherché à savoir le bien-être du résident ainsi que de l'équipe soignante pour la continuité des soins. « *J'essaie de comprendre pourquoi ce patient a ce comportement, je cherche à comprendre ce qui a pu provoquer cela, est-ce que c'est ma posture, est-ce que c'est un mot que j'ai pu dire ou alors est-ce que c'est une violence à laquelle je ne trouve pas tout de suite de raison. Dans tous les cas, j'essaie de ne pas agir sans réfléchir comme je vous ai dit plus haut. Je laisse la personne se calmer. Le but étant le bien-être du résident et de pouvoir prodiguer des soins sans appréhension.* » (IDE1, L106-114). Dans mes lectures je note qu'il paraît difficile d'évoquer les manifestations d'agressivité des patients sans nous interroger sur notre propre propension à être parfois ironique, à les éviter, à refuser de les entendre, de les aider. L'agressivité des soignants, dans la relation et donc en réaction au transfert, suscite de nombreuses contre attitudes qui doivent pouvoir être interrogées. Le neurobiologiste P.Karli souligne qu'un comportement agressif est toujours le résultat d'une rencontre entre deux êtres vivants dans une situation donnée. (Friard, D. 2012. pp.56-59).

Martine évoque prendre des informations en premier lieu, puis se fera une idée du fait de son observation car elle a bien conscience que le comportement peut être différent de ce qui est annoncé. Elle raconte également que le patient entrant peut se montrer agressif à son entrée mais peut avoir un comportement tout autre la nuit. Quoi qu'il arrive elle ne part pas sur un a priori, elle garde juste en tête que le résident peut parfois montrer des signes de mécontentements. De plus ne connaissant pas l'histoire de vie du résident elle ne se permet pas de juger. Très compréhensive elle favorise là encore le dialogue et se veut rassurante lorsqu'elle indique la présence du psychologue qui peut intervenir en cas de problèmes. « *: alors déjà j'écoute les transmissions ce que mes collègues me disent, je regarde également la transmission d'entrée faite par l'infirmière hein parce qu'il y a des informations importantes, déjà on est avisé, on est averti de ces informations là et par bah un à priori pas forcément, non pas forcément. Nous on a des informations, moi je ne pars pas sur un a priori. On sait qu'il peut être comme ça, je suis dans l'observation, l'écoute voilà. Je dirais moment de la journée on il peut être pas bien de la journée. Il est agressif et la nuit il ne va pas être agressif. C'est là où le travail est intéressant aussi. Après chaque poste a son importance ici comme ailleurs hein.*

*Puis on a le psychologue maintenant donc c'est vrai que quand il y a un problème il intervient et nous fait un retour par la suite » (AS3, L129-160). D'après mes lectures, Martine fait preuve de considération positive inconditionnelle qui est une attitude qui consiste à ne pas porter de jugement, et c'est l'attention qu'on porte au patient qui nous permettra de lire son comportement autrement. De fait la réponse apportée à une situation dépend de la façon dont la lecture a été faite, soit de l'interprétation. En effet, l'aidant doit poser sur la personne aidée un regard positif inconditionnel. Sous ce regard, la personne est encouragée à être dans le ressenti qu'elle est en train d'expérimenter, quel que soit celui-ci : colère, peur, courage, confusion, ressentiment, etc. Accepter ce que dit la personne ne signifie pas forcément d'être en accord avec ce qu'elle exprime, mais plutôt avec le fait que « cela » puisse se dire et être ressenti. L'aidant est dans une absence de jugement face à ce qui est vécu, quels que soient les ressentis exprimés, incluant ceux exprimés vis-à-vis de lui.*

L'attitude acceptante crée un climat qui facilite le changement. Cela aide la personne à se sentir reconnue dans ce qu'elle est, et être validée dans son expérience. (Langenfeld, S, & Couturat, F, 2011, p.110).

Sabrina raconte que lorsque le résident arrive elle appréhende le comportement de celui-ci et donc elle avoue partir avec un a priori. Elle explique d'ailleurs, que les présentations se font à deux soignants et se conforte dans l'idée que le travail en équipe est important dans ces moments-là. Après avoir fait connaissance avec le résident elle raconte que les informations récoltées lui permettent de défaire l'a priori de départ. Elle reconnaît une exagération sur les informations transmises et indique que pour elle, il est important de se faire sa propre idée et ne pas avoir de jugement hâtif. « *D'habitude on a un a priori. Je pense oui c'est sûr parce qu'on se demande ce qui peut se passer la plupart du temps ça soulage de travailler en équipe. Dans ces moments-là, au lieu d'être seul on est au moins deux soignants dans la chambre. On essaye en tout cas de faire en sorte que le résident se sente chez lui dès son arrivé. Ça défait les a priori puis j'ai l'impression que ça défait ce qu'on a dit avant son entrée. Souvent les gens exagèrent un petit peu le comportement des entrants. Je trouve important de se faire sa propre idée et d'apprendre à connaître avant de juger » (AS2, L66-75). Avant de rencontrer le résident Sabrina reconnaît partir avec un préjugé mais se défait de celui-ci une fois qu'elle a fait connaissance. Dans mes lectures je note que l'étymologie de préjugé est un jugement à priori, une opinion préconçue relative à un groupe de personnes donné ou à une catégorie sociale. En psychologie, le terme de préjugé est généralement associé à une valence négative. En effet il est défini la plupart du*

temps comme « *une attitude négative ou une prédisposition à adopter un comportement négatif envers un groupe, ou les membres de ce groupe, qui repose sur une exagération erroné et rigide* » les préjugés sont caractérisés par leur charge affective. En tant qu'attitudes, ils constituent un jugement de valeur. (Légal, J-B, & Delouée, S. 2021, p.13).

Ivan infirmier diplômé depuis quelques années avoue se faire sa propre idée de la personne bien conscient que l'entrée en établissement n'est jamais simple et que le changement de cadre peut provoquer une certaine agressivité. Quoi qu'il arrive il essaie toujours de comprendre pourquoi le résident se montre virulent. « *D'abord j'évalue, je me fais ma propre idée parce que ce n'est pas parce qu'il a été agressif avant qu'il le soit forcément ici. Je vais me présenter, discuter avec lui et s'il se montre agressif je cherche à savoir pourquoi il se montre agressif. Le changement de cadre quelquefois peut être la cause d'un changement de comportement* » (IDE4, L57-61). Ivan ne part donc pas sur un jugement hâtif. Peut-être que son expérience fait qu'il sait que le changement de vie peut être générateur de comportement agressif et se donne le temps de connaître le résident. Ne pas partir sur des préjugés lui permet d'être objectif dans les situations compliquées et de comprendre ces changements de comportements.

Pour Marine infirmière aux urgences l'esprit d'équipe est important surtout lorsque le patient est annoncé agressif ou violent. Une organisation se met en place afin de devancer les éventuels problèmes qui pourrait se présenter. Elle avoue intervenir à plusieurs soignants et notamment des hommes qui sont certainement plus impressionnant que cette jeune femme frêle. Elle avoue que d'avoir des hommes dans le service la rassure beaucoup. Je la sens craintive du fait de sa corpulence et sa taille. Mais comment réagirait-elle s'il n'y avait pas d'hommes pour intervenir ? Elle reconnaît que dans son service il devance toujours le problème afin qu'il puisse prodiguer les soins et ne pas se prendre de coups. « *On va peut-être plus s'y mettre à plusieurs, ouais appeler des hommes enfin c'est tout bête mais c'est vrai que pour une femme moi je ne suis pas très grande, je suis jeune, voilà donc c'est vrai que c'est plus facile de faire appel aux hommes. Parce que de toute façon le patient va voir la jeune infirmière se dire bon celle-là je vais en faire une bouchée quoi. Elle fait part d'un jugement quand elle raconte que si le patient entrant est psychiatrique, elle sait d'avance qu'il y aura un problème et avoue que les choses sont mises en place de suite* » (IDE5, L88-96). De mes lectures je note que l'intervention physique doit être considérée comme une mesure d'exception, uniquement en cas d'extrême nécessité, c'est-à-dire lorsque toutes les stratégies visant à contenir l'agitation et l'agressivité du patient ont échoué. (Gbezo, 2011, p.169). Or parfois dans l'urgence utiliser toutes les

stratégies paraît difficile. Le fait de recevoir des patients agités créer des tensions avant son arrivée et la seule préoccupation du personnel est que tout se passe bien.

Johanna préconise également un déplacement en binôme lorsque le patient arrive. Elle écoute l'information transmise par les pompiers. Elle raconte que lorsque les patients arrivent agités voir très agités elle n'est jamais seule. Là une équipe se met en place notamment des hommes pour leurs carrures qui peut être impressionnantes et décourageante pour le patient agité. Elle s'exprime sur la mise en place des contentions chimiques et physiques tout en ayant parfaitement conscience que cet acte peut être perçu comme violent par le patient mais se rassure en disant par la suite ne pas avoir le choix. « *Après les agités, vraiment très agités ou ceux qui arrivent avec les gendarmes tout ça là par exemple ouais on n'est jamais seul c'est sûr et certain, ça c'est toujours à plusieurs. On a préparé avec ma collègue ensemble et on est resté donc toutes les 2 les hommes qui maintenaient le monsieur et puis voilà on lui a mis des contentions* ». (IDE6, L86-106). Là encore de mes lectures ressortent que l'intervention physique en gestion de crise, lorsqu'elle est décidée, doit être mise en œuvre avec rapidité et efficacité pour, en tout temps, demeurer sécuritaire. En outre, elle doit faire l'objet de protocoles préétablis en conformité avec des cadres légaux et déontologiques afin de ne pas se situer hors de leur champ d'application. (Gbezo, 2011, p. 170). Si je comprends bien ces propos, les agités sont considérés comme des personnes qu'il faut maîtriser dès l'arrivée afin qu'il n'y ait pas de problème de prise en charge. Je constate, que les personnes atteintes de pathologies psychiatriques ou démentielles sont catégorisées comme étant des « *personnes difficiles* » or sauf erreur de ma part il n'en reste pas moins des êtres humains digne de recevoir des soins sans violence. Le fait d'être au contact de malades difficiles ne doit pas conduire les soignants à user de la force pour se faire entendre car quand ils arrivent en urgences ces patients qui véhiculent une mauvaise image à leur insu sont en souffrance et cherche par le seul moyen qu'il leur reste souvent l'agressivité ou la violence à l'exprimer.

Alex raconte que les informations transmises sont souvent exagérées et de ce fait, il attend l'arrivée du patient pour se faire une idée. Il soulève une interrogation en disant que peut être que les extrapolations sont une mesure de protection du personnel. Il indique qu'il ne prépare pas de produit avant d'avoir vu le patient. « *Tant qu'on ne voit pas, c'est vrai que quelquefois on a même quelquefois la possibilité de remettre la parole en doute de la personne qu'on a au téléphone, parce que souvent ils extrapolent un peu. Peut-être que c'est pour nous protéger un peu en nous disant, attention* » (AS7, L128-132). Alex met plus de réserve peut être par

expériences d'informations erronées reçues et se laisse le temps de rencontrer le patient avant de prendre une décision. L'observation est donc son maître mot avant d'agir. Pour autant toutes décisions se prennent en équipe et dans mes lectures je note qu'il faut se rappeler qu'une personne hostile, vindicative ou qui paraît inquiétante par son comportement peut devenir imprévisible si l'on est tout seul à vouloir la maîtriser. (Gbezo, 2011, p. 170).

✚ Enfin la 5<sup>e</sup> question qui est : « **Pouvez-vous me raconter une situation que vous avez dû gérer ?** »

Laurence évoque une situation vécue avec un résident atteint d'une pathologie psychiatrique qui a refusé de prendre ses traitements. Elle raconte qu'elle s'est sentie frustrée face à ce refus car elle connaît l'importance de l'observance du traitement. De ce fait elle a insisté et c'est heurté à une montée de l'agressivité du résident en question. Elle est intervenue après coup de manière calme et après discussion le résident a accepté de prendre ce traitement. Néanmoins comme tout infirmier Laurence sait que dans la pathologie psychiatrique est importante afin que la stabilité perdure pour cela cet incident a été tracé et une demande de rdv auprès d'un service compétent a été organisée. Laurence évoque que la remise en question sur sa pratique lui a permis de faire face et de réagir vite. « *C'était pendant la distribution des médicaments, j'ai un résident qui refusé de prendre ces traitements en salle à manger. Il me répond qui n'en veut pas d'un ton ferme. Il est vrai qu'avec le recul, je pense que j'ai été lourde en insistant lourdement comme je l'ai fait. Il s'est levé, à jeter tout son repas. J'essaie de calmer la situation en lui disant que je m'excuse si je l'ai abordé de façon brutale et que mon intention n'était pas de le mettre en colère. Je lui explique que ce traitement est important si on veut que la stabilité de sa pathologie perdure. Le résident me demande une assiette et accepte les médicaments. Je pense que le fait d'avoir adopté un ton adapté ou du moins calme il l'a ressenti. Il s'est mis à parler lui aussi sur un ton plus calme en me disant, écoutez j'en ai marre de tous les médicaments et c'est vrai qu'il en a beaucoup à prendre. Sa lassitude est justifiée mais je n'ai pas le choix* » (IDE1, L116-141). Laurence utilise la communication non violente par le biais d'une intonation calme après s'être heurté à son refus de prendre les traitements. De mes lectures sur le sujet je note que la communication non violente se présente comme un outil pour acquérir cette attitude, non seulement vis-à-vis d'autrui, mais aussi pour soi-même. Les mots utilisés ne sont pas prononcés de façon routinière et automatique, ils sont judicieusement choisis tout en prenant conscience de ses propres émotions et désirs. Ainsi cette attitude permet de

désamorcer une situation conflictuelle dans la transparence et sans animosité et permet également de préserver autant que possible la relation en dissipant tout malentendu, toutes réactions défensives ou de repli sur soi. (Gbezo, 2011, p.133).

Sabrina aide-soignante fraîchement diplômée et donc moins expérimentée me raconte une situation vécue au sein de l'unité protégée dans laquelle elle travaille. Cette unité accueille des résidents atteints de différentes pathologies de divers stades ce qui en fait une unité complexe. Son histoire commence par un résident qui se lève le visage très fermé. Ce résident est connu pour avoir des accès d'agressivité et de violence au sein de l'unité. Sabrina installe ce résident à table pour déjeuner et s'inquiète de son attitude qui n'est pas habituelle malgré les antécédents de ce monsieur. Une résidente vient à la rencontre de celui-ci et la situation prend une tout autre tournure. Le résident se lève attrape la résidente par le cou et la soulève lui faisant au passage une dermabrasion importante. Elle évoque avoir eu peur et s'être sentie démunie face à la situation. Elle indique ne pas avoir appelé du renfort car il fallait agir vite. Le manque d'expérience chez Sabrina a fait qu'elle a manqué de vigilance vis-à-vis de la situation pourtant prévisible. Une discussion avec la cadre s'en est suivie afin d'extérioriser le mal être que cela a généré par la suite. *« Je vois un résident de cette unité le visage très fermé. D'habitude, il est toujours en train de me suivre de partout, ce jour-là il ne me suit pas et je vois qu'il est très fermé. J'invite une résidente à venir à table. Je l'accompagne parce qu'elle se dirige vers le résident. Je lui apporte son petit déjeuner à table, elle se lève et commence à dire bonjour monsieur, comment allez-vous et elle veut lui serrer la main et là je vois cet homme qui se lève brutalement, qui la soulève. La résidente ne touche plus du tout le sol et là je me retrouve dans une impasse. Je m'aperçois qu'elle saigne du cou elle a une dermabrasion aussi au bras parce qu'elle essaye de se débattre. Je suis stressée à ce moment-là car je crains qu'il lui fasse très mal »* (AS2, L86-104). L'envahissement de l'espace vital du patient est ici un facteur que l'on pourrait associer avec un sentiment d'insécurité et la réponse violente de ce patient. Sous son allure laissant apparaître un visage fermé se cache un mode de communication non verbale qu'il convient d'identifier et de reconnaître afin de donner sens à la réaction qui a suivi et d'en comprendre la puissance de ce qui se joue au-delà des apparences.

*« Chaque personne a besoin d'un espace vital, une zone minimale où elle se sent à l'aise, où elle ne se sent pas menacée. L'espace vital n'est pas un lieu, mais la distance entre soi et les autres. Une personne qui se sentira envahie dans son espace vital pourra se sentir menacée et devenir agressive »*. (Gbezo, 2011, p. 23). Cet homme connu pour des faits similaires à agit

avec violence face à cette résidente qui voulait lui dire bonjour. Ce résident souffre depuis quelques années d'une pathologie démentielle qui sans aucun doute ne cesse d'évoluer et l'amène à des incompréhensions le poussant possiblement à réagir de façon disproportionnée. Dans mes lectures, je note qu'afin de prévenir la répétition d'évènements violents ou de comportements indésirables, de nombreux établissements encouragent fortement les membres de leurs équipes à remplir systématiquement un rapport d'incident et à le transmettre sans délai à l'encadrement. Le signalement de cet incident permet en outre d'alerter ses collègues d'une menace potentielle et de fournir à sa hiérarchie les informations susceptibles de lui permettre d'apporter une réponse appropriée. (Gbezo, 2011, p. 180). Cette situation difficile à laisser des séquelles à Sabrina qui ne travaille plus au sein de cette unité à ce jour.

Martine raconte une situation qu'elle a vécue auprès d'une résidente atteinte de la maladie d'Alzheimer. Elle évoque le tutoiement souvent interdit au sein des établissements pour préserver le respect du résident. Elle raconte que lorsqu'elle tutoyé une résidente celle-ci était très réceptive. Elle me confie en avoir discuté avec la cadre de service et il a été trouver un compromis. *« J'ai une résidente qui est atteinte de la maladie d'Alzheimer ici, je l'ai connu en foyer logement que j'ai vu décliner petit à petit donc on a parlé avec la cadre infirmière parce que quand je l'appelais par son prénom et que je la tutoyé elle était très réceptive et j'arriver à obtenir des choses très positives de la part de cette résidente. Donc ce que j'ai obtenue c'est que je peux tutoyer cette personne en chambre et l'appeler par son prénom en privé puis la vouvoyer en public. Parce qu'elle ne pouvait pas s'exprimer dans son mal-être donc c'était compliqué »* (AS3, L175-180). Martine évoque le tutoiement qui nous le savons est strictement interdit dans les établissements de soins. Pour elle, je comprends que celui-ci à une valeur thérapeutique puisque lorsqu'elle tutoie la résidente celle-ci répond à sa demande. La demande auprès de la cadre avec argumentation lui a été accordée mais dans la sphère privée. On peut alors imaginer que pour les personnes atteintes de démences et de troubles de la mémoire ce tutoiement contribue à une réminiscence des souvenirs et aide le sujet à se sentir vivant.

Ivan me raconte qu'au sein de la résidence il y a un groupe de dames doté d'un fort caractère. Un jour une altercation a eu lieu avec une résidente qui voulait prendre place sur un fauteuil au rdc. Les fauteuils ne sont pas nominatifs mais ce groupe de dames descend très tôt après la toilette pour les réserver. S'en suit une dispute entre le groupe de dames et la résidente qui voulait s'asseoir. Quand il intervient Ivan fait face à une personne très virulente ce qui l'interpelle parce que d'habitude elle est très agréable avec le personnel soignant. Il évoque avoir entamé

une discussion longue avec celle-ci afin de rétablir le calme. Il reconnaît avoir essuyé des insultes et par mesure de prévention avoir demandé la surveillance de la résidente agressée. « *Je vais voir le groupe et je demande ce qui se passe. Une résidente se lève se dirige vers moi de façon brutale et me dit ta rien à faire ici toi aussi dégage. Cette dame était virulente ce qui ma interpellée parce que d'habitude elle ne parle pas mal aux soignants. J'ai entamé une discussion longue avec ces dames en expliquant que les fauteuils étaient pour tout le mo j'ai quand même demandé par précaution à ce que la résidente soit surveiller pour que cela ne dérape pas à nouveau. J'ai essuyé des insultes bien sûr, mais finalement le calme est revenu par la suite* » (IDE4, L97-102). Ivan à utiliser la communication pour désamorcé la situation en effet dans mes lectures je note que la communication est un phénomène complexe mettant en jeu de multiples circonstances de fonctionnement elle peut être : verbale ce qui correspond à l'oral ou à l'écrit, non-verbale ce qui correspond à des signaux de langage corporel comme les gestes, les expressions faciales, la posture et enfin para-verbale ce qui correspond au ton employé, le volume, le ton de la voix, le rythme de la parole, les pauses, le choix des mots et la prononciation. Si elle se compose d'une part explicite, le plus souvent sous la forme du langage, elle comprend néanmoins des facettes implicites qui font intervenir les inférences, les codes culturels, ainsi que l'ensemble du contexte dans lequel elle s'insère. Il est donc nécessaire de prendre en compte l'ensemble de ses composantes pour être en mesure de comprendre autrui et de communiquer adéquatement avec lui. La communication verbale est constituée de signes linguistiques absolu qui servent à évoquer une réalité. Elle s'exprime par des mots, par le biais de la parole. (Langenfeld, S, & Couturat, F, 2011, p. 11).

Pour Marine la situation de violence vécue se passe un matin aux urgences, le patient psychiatrique est en plein épisode délirant et donc agité et il ne comprend pas qu'il lui faut une perfusion. En opposition totale, elle me raconte que la pose de cette perfusion se fait en présence de plusieurs soignants qui le maintiennent. Elle évoque que par la suite le patient essaye de se déperfusionner et que par professionnalisme elle s'approche pour lui expliquer qu'il ne faut pas la retirer. Seulement, elle n'a pas le temps d'apporter des explications qu'elle reçoit une baffe dans le visage. Un soignant passe à ce moment et vient contenir le patient le temps que Marine aille voir le médecin. Elle me raconte ensuite que ce patient est placé sous contention chimique et physique afin qu'il n'y ait plus de problème. Je constate que le dialogue est manquant dans cette situation et que l'usage du protocole de la mise en place des contentions se fait rapidement. Dans le discours de Marine je sens que les problèmes aux urgences se rencontrent beaucoup

avec les sujets atteints de pathologies psychiatriques ou démentielles. Le manque de formation pour la gestion de ces situations se fait sentir ce qui conduit parfois à agir dans l'urgence sans tenir compte des conséquences que cela peut avoir sur le patient par la suite. « *Il était très agité, il était dans son délire psy heu et il ne comprenait pas qu'il fallait qu'on lui fasse une perfusion et tout ça et donc on arrive tant bien que mal en lui bloquant un petit peu à plusieurs les bras et tout, à lui poser la perfusion et puis 30 min après je repasse devant son box, il était assis en train d'essayer de s'arracher la perfusion. Donc moi j'y vais forcément, je n'ai pas le temps d'appeler quelqu'un et j'y vais j'essaie de lui tenir le bras mais il m'a lâché le bras et il m'a envoyé une baffe dans le visage. Du coup à ce moment-là il y a un ambulancier qui est arrivé qui a vu la scène qui est venue le bloquer et qui m'a dit va vite chercher un médecin. Donc de là on a mis en place des contentions physiques pour le patient et d'ailleurs pour mettre en place des contentions physiques on est obligés de mettre une contention chimique* » (IDE5, L112-121). La violence a beaucoup d'impact, « *son traitement* » va nécessiter de prendre soin des mesures à mettre en place pour continuer le travail clinique. (Chazalet, N, & Perrin-Niquet, A. 2014, pp. 21-24).

Johanna jeune diplômée me raconte elle aussi une situation difficile avec un patient psychiatrique qui c'était échappé de son hôpital de la région. Ce patient est arrivé menottes les mains dans le dos avec les gendarmes. Ce patient présentait un épisode d'hallucination et d'agitation importante et pour que les soins se passent sans problèmes le médecin a prescrit une contention chimique et physique. La pose des contentions se fait aux pieds avec l'aide de plusieurs soignants en grande partie des hommes, puisque le patient en question est menotté dans le dos. Je me questionne lorsqu'elle reconnaît que ce patient est en souffrance psychique. Agir ainsi dans la précipitation n'est-ce pas ajouter de la souffrance à la souffrance existante ? « *On a eu un jeune homme qui c'était échappé de son hôpital psychiatrique qui a été ramené par les gendarmes donc chez nous et donc le monsieur est arrivé déjà menottes avec 4 gendarmes pour le maintenir et bah forcément ils nous ont prévenu ils ont fait un couloir déjà pour pas qu'il cherche à passer et tout ça et du coup on l'a installé sur le brancard. On a préparé avec ma collègue ensemble et on est resté donc toutes les 2 les hommes qui maintenaient le monsieur. Et puis voilà on lui a mis des contentions au niveau des pieds et il était menottés derrière le dos allonger sur le brancard et avec les gendarmes et notre collègue qui le maintenait* » (IDE6, L116-128). Quelles représentations ont les soignants des malades atteints de pathologies psychiatriques ? De mes lectures je note que dans la violence on

s'intéresse à soi-même, sans considération pour autrui. L'énergie déployée sert à dominer, à contraindre par la force ou l'intimidation. Celui qui subit la violence à l'impression de n'être réduit qu'à un simple objet. Chez certains patients réfractaires au dialogue, il faut d'abord nous intéresser à leur vécu. (Phaneuf, M, 2018, p. 17).

Alex lui me raconte également une situation vécue lors de l'entrée d'une patiente prévue pour une hospitalisation en psychiatrie. Cette dame sous tranquillisant était calme mais pas endormie, lors d'un moment d'accalmie pour le personnel, cette patiente tente de s'échapper par la porte principale. Elle est arrêtée dans son élan par les soignants qui la voient passer à toute allure dans le couloir. Alex évoque qu'elle a reçu un tranquillisant afin que son transfert se passe au mieux. *« Il y a une jeune femme qui était prévue pour la psychiatrie donc consentante. Elle a profité d'avoir une main libérée. Elle a eu le tranquillisant, elle était réveillée, elle n'était pas endormie. En fait le tranquillisant n'a pas fait réellement effet et pendant 1h elle était sur le brancard elle ne bougeait pas et puis le moment où on s'est retournés, elle s'est levée d'un coup et elle a sauté du brancard jusqu'à la porte elle a fait un bon. On l'a arrêté devant la porte là elle était au box 3 tout au fond donc elle a fait une vingtaine de mètres et on a pu l'arrêter à ce moment-là. Je ne sais plus ce qu'ils lui ont administré mais on lui à donner quelque chose pour la calmer rapidement et qu'elle soit transportable sans problème ».* (AS7, L149-160). De mes lectures ressortent que pour apprivoiser un patient récalcitrant, il faut évoquer sa souffrance sans s'y arrêter pour l'évoquer avec le patient. Il y a aussi qu'avant d'arriver aux difficultés actuelles, il faut parfois prendre un chemin détourné et nous arrêter à des moments particulièrement douloureux de leur vécu antérieur. (Phaneuf, M, 2018, p. 17). Cependant les soignants dans les services spécifiques n'ont pas toujours le temps de discuter du vécu douloureux du patient du fait du nombre conséquent des malades qui attendent dans ces services et passent de ce fait à côté de ce qui pourrait être un élément de réponse à leur comportement.

## **5.7 SYNTHÈSE DE L'ENQUÊTE EXPLORATOIRE**

Cette enquête, auprès des professionnels de santé, m'a permis de mettre en évidence la réalité certaine de violence et d'agressivité au sein du milieu médical. Violence et agressivité, tellement fréquentes, qu'elles en deviennent presque banalisées par certains soignants. Ceux-ci déclarent *« J'ai envie de vous dire que la violence est quotidienne et institutionnelle aussi »* (IDE1, L98-99). *« Déjà la violence on la rencontre dans la vie de tous les jours »* (AS3, L79).

« Je dirai d'abord que la violence il y en partout malheureusement que ce soit au travail, dans la vie personnelle » (IDE4, L23). « Après c'est souvent causé par la maladie » (IDE6, L25). « Après on se dit forcément il y aura peut-être de la violence demain » (AS7, L47).

J'ai pu constater que bons nombres d'éléments entrent en compte dans l'émergence de la violence au travers des discours soignants, des facteurs favorisant ou déclenchant qui sont propres à leurs comportements mais dont ils ne se rendent pas forcément compte au moment précis. Ces facteurs peuvent être propre à leur personnalité ainsi qu'à leur statut. En effet, le statut soignant est rattaché à l'institution et c'est ainsi que j'ai retrouvé dans leurs explications la présence de facteurs exogènes en lien avec le contexte environnemental. Dès lors, j'ai compris que l'institution est tout aussi responsable des comportements agressifs et/ou violents des patients, du fait des règles imposées, les différents statuts des soignants ainsi que l'asymétrie au sein de la relation soignant-soigné qui est réflexion faite, bien présente au sein des services rencontrés. Cette asymétrie est en lien avec la possession d'un savoir par le soignant et peut-être perçu comme violent par le soigné. Pour le patient, la plupart du temps, l'infirmier est celui détenteur d'un savoir, d'une expertise et à ce titre le patient lui accorde un certain pouvoir sur lui. C'est un paramètre à prendre en compte, surtout dans le cas où le patient réagit de façon sur-adapté aux propositions de soins, cherchant surtout à faire plaisir au soignant. Le fait d'inviter un patient à devenir acteur de ses soins tend à diminuer l'asymétrie du rapport soignant-soigné. (Langenfeld, S, & Couturat, F, 2011, p.69).

Il me semble intéressant d'aborder ici la violence symbolique qui ressort des entretiens et qui se définit comme étant une domination sociale. Les dominés éprouvent un sentiment d'infériorité ou d'insignifiance. Ils sont soit invisibles, soit stigmatisés. Ces réalités sociales confirment les représentations mentales que les dominants se font des dominés, si bien que la hiérarchie sociale apparaît logique aux yeux de tous. « *La violence symbolique a pour effet la soumission des dominés sans que les dominants aient besoin d'avoir recours à la force* ». (Bourdieu, P, la violence symbolique).

Les soignants ont-ils réellement conscience qu'ils font preuve de violence symbolique lorsque la relation de soin est asymétrique. Mais alors, la violence des patients ne peut-elle pas s'expliquer en partie par les comportements modifiés des soignants ? Lors de mes échanges avec les professionnels de santé interrogés sur le déroulement des faits vécus comme violent et leur interprétation, ceux-ci évoquent tous de manière unanime qu'ils rencontrent des difficultés avec la prise en charge des patients atteints de pathologies démentielles ou psychiatriques. Je

comprends donc que leurs difficultés découlent des préjugés qu'ils ont à l'égard de ces patients et que ce sont les pathologies qui apparaissent massivement comme source d'incidents. Je constate que prendre en charge une personne « agité » ou « désorienté », un patient avec une pathologie « psychiatrique » ou souffrant « d'Alzheimer » est considéré pour ces professionnels comme une difficulté inhérente à l'exercice de la profession. Marine infirmière aux urgences avoue « *ce sont des patients qu'on connaît, leur passé psychiatrique et tout ça, on sait d'avance qu'il y aura un problème. Donc beh d'avance avec le médecin on voit ce qu'on peut mettre en place de suite. Par exemple une injection pour le calmer directement à son arrivée* » (IDE5, L95-98). Le prototype du fou étant perçu comme capable de violence, on l'aura compris fait d'emblée peur. Mais alors, les préjugés empêchent-ils les soignants de réagir de manière adaptée à la problématique ? Les représentations sociales de la personne psychiatrique ou démente incitent le soignant à mettre en place un système de défense, que ce soit par la sédation, par les contentions, par la surveillance accrue du patient agité qui se veut protectrice d'où la mise en place de protocole dans les services. Ainsi, le soignant choisi de se mettre à distance en endossant une attitude qui tend à être autoritaire, directive et parfois agressive (mieux vaut prévenir que guérir, il le maîtrise avant qu'il agresse). C'est finalement ce qu'il s'est passé à l'entrée de ces patients. En fin de compte, tous s'appuient sur le règlement intérieur, sur les protocoles, sur le contrat de prise en charge, sur la loi. Cette alternative pour faire appel au respect lors d'un débordement complet d'agressivité ou du risque de passage à l'acte oblige les soignants à ne plus tergiverser, l'autre est un patient qui se met, qui met les soignants, et qui met peut-être les autres en danger. Ils n'ont à ce moment qu'un mot d'ordre celui de stopper sans délai ce comportement par la technique de contention, voire de sédation. « *De là, on a contentonné physiquement le patient, pour mettre des contentions physiques, on est obligé de mettre une contention chimique* » (IDE5, L119-120). Mais alors que devient la douleur psychique dans tout ceci ? Le patient n'est pas entendu lorsqu'il exprime sa souffrance et n'a parfois pas le temps de l'exprimer. Or de mes lectures, je retiens qu'il existe une véritable demande derrière le déclencheur, demande qui motive ce comportement et dont par ces mesures prises en urgences, les soignants ne sauront peut-être jamais rien. Pourquoi ne pas adopté une autre stratégie d'approche et ainsi privilégier la confrontation par le biais de l'écoute. D'après Carl Rogers, « *l'écoute est un acte indispensable en relation d'aide, elle favorise la communication mais aussi et surtout la compréhension de l'autre* ».

Ces actes exercés sous la contrainte sont de toute évidence vécus et ressentis comme violent et agressif à l'égard du patient souffrant, produisent une contre violence et génèrent une ambiance dont tout le monde patients et soignants se passeraient bien. Il est donc essentiel de ne pas agir dans la précipitation car nous le savons, la violence est destructrice et finit toujours par atteindre les limites du respectable et donc la relation par définition. Se défaire de ses préjugés n'est-ce pas là l'enjeu d'une bonne prise en charge ? Que le patient soit dément, psychiatrique, dépressif, éthylique ou autres n'en reste-il pas un être vivant digne de recevoir des soins sans brutalité ?

## **5.8 LIMITE DE L'ENQUÊTE**

La limite de cette enquête est pour ma part le temps de mise en œuvre. Tout de même elle m'a permis d'élaborer une réflexion personnelle et d'apporter des éclairages à mes interrogations sur un sujet qui m'interpellait et qui interpelle de nombreux soignants.

Tout d'abord, la prise de rendez-vous auprès des cadres ne fût pas si simple. Nous savons que depuis l'épidémie de la COVID les services tournent à flux tendus et que le manque de personnel se fait sentir. Une des cadres que j'ai contacté par téléphone pour prendre rendez-vous m'a avouée qu'elle n'avait que 2 infirmiers en poste en permanence et que le plus simple pour mener à bien les entretiens était de venir aux alentours de 6h du matin. D'autres endroits ne m'ont pas répondu ou répondu tardivement. J'étais moi-même en stage et donc avec des créneaux horaires relativement restreints pour effectuer l'enquête. Il s'est écoulé pas loin d'un mois entre les premières démarches et la réalisation du premier entretien. En ce qui concerne ceux-ci, bien que les rendez-vous aient été pris à l'avance, tout ne s'est pas déroulé dans de bonnes conditions. Lorsque je suis arrivée aux urgences, l'infirmière désignée par la cadre de service ne semblait pas être au courant de ma venue. Je trouvais cela intéressant dans le sens où l'entretien n'était pas préparé et donc les réponses apportées non réfléchis et de ces faits plus spontanés. J'ai attendu en salle d'attente que l'infirmière en question s'organise avec sa collègue pour les soins. L'entretien débute dans une petite pièce équipé d'un brancard et de matériels pour la prise des paramètres. L'infirmière est assise à côté des ordinateurs et moi à côté de la porte menant en salle d'attente sur un tabouret prête à bondir si une urgence arrive. Ce que je redoutais survient quelques minutes après avoir débiter l'entretien. Je suis contrainte d'arrêter celui-ci et je retourne en salle d'attente le temps que cette entrée soit cadrée. 1h s'écoule lorsque nous reprenons ou nous en étions cette fois-ci dans une autre salle pour ne plus

être dérangé mais je m'aperçois vite que cela est utopique, car la salle où nous nous trouvons est équipée de scopes qui sonnent beaucoup ce qui forcément retient notre attention et déstabilise la pensée de l'infirmière. Des soignants entrent et sortent de cette salle venant chercher des résultats d'analyses directement reçus par fax faisant énormément de bruit. Quelques minutes plus-tard, je suis contrainte là encore de sortir de la salle car il y a un échange d'informations entre soignants. Ceci se reproduira pour les 3 professionnels que je verrais ce jour-là au sein de ce service. Notons que les interviews ont été compliquées par le manque de concentration des soignants et que forcément il a gêné la retranscription par la suite. En effet, le dictaphone a enregistré les nuisances ce qui a donné une superposition de plusieurs discussions, de bruits divers, rendant le tout presque inaudible par moment. J'ai dû m'y reprendre à plusieurs reprises. Le manque de totale disponibilité des soignants étant donné la spécificité de ce service a fait que les entretiens ont été entrecouper plusieurs fois. Néanmoins je reconnais que malgré ces désagréments ils étaient intéressés par le thème très parlant pour chacun d'entre eux. Pour ce qui est des entretiens menés en EHPAD là encore je n'ai pas eu d'endroit calme puisqu'ils se sont déroulés dehors en sous-sol attendant le parking du personnel. Endroit où les soignants prennent une pause également. Beaucoup de bruits, de va et viens, de portes des vestiaires qui claquent. Tout ceci a altéré la concentration des soignants interviewés et a gêné par la même occasion la retranscription par la suite. Le manque de temps et le manque d'envie des soignants fatigués c'est fait sentir, j'ai peiné lors de certains entretiens pour arriver à 15 min d'élocution car certains n'avaient pas grand-chose à dire malgré l'intérêt qu'ils portaient au thème proposé. Je me suis aperçue que l'élaboration du guide n'était pas aussi facile qu'il y paraissait et que malgré une volonté de bien faire, une fois sur le terrain, il n'était pas aussi pertinent que je pouvais l'espérer à la lumière des réponses apportées par les soignants. Soit les questions étaient limitées par la formulation de celles-ci parce que j'ai dû relancer ou donner plus amples explications afin d'obtenir des réponses précises par moment, soit ils me donnaient l'impression de ne pas comprendre le sens de la question par la réponse apportée. D'ailleurs, je dois reconnaître que j'ai fait face à ce souci lors de mes entretiens pour les 7 soignants interrogés. Mes questions ont posé des problèmes de compréhensions. J'aurai peut-être dû tester le guide d'entretien en amont ce qui je pense aurait été pertinent car cela m'aurait permis de relever, les failles qu'il contenait. Malgré les conditions difficiles dans lesquelles ce sont déroulés les entretiens, ces derniers se sont avérés tout de même

riches et pertinents, j'ai pu toutefois en retirer l'essentiel et de nombreuses informations intéressantes afin de poursuivre ma réflexion et la constitution de ce travail de fin d'études.

## 6 PROBLÉMATIQUE

J'arrive à la fin de ce travail d'analyse des questionnaires réalisés auprès des professionnels de santé au sein du service des urgences et de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées. Ma question de départ étant « *En quoi les représentations sociales de l'équipe soignante sur l'agressivité et la violence des patients influent la relation soignant-soigné* » j'ai décidé d'en faire mon objet d'étude. Tout d'abord ce que j'en retiens, c'est que dans la pratique infirmière il existe une réelle importance et une vraie volonté d'assurer la continuité des soins malgré la difficulté des situations rencontrées au quotidien et de la singularité de chacun des protagonistes. En effet, les soignants sont en première ligne face à la violence et tous s'y confrontent plus ou moins quotidiennement mais à différents degrés. Certains essuient des injures d'autres des coups et je décèle derrière l'élocution de chacune des personnes interviewées que toutes sont démunies peu ou pas préparées à cette montée d'agressivité et de violence de plus en plus présente au sein des divers services. On sait que l'attente, le manque d'informations sont une source de conflits récurrents et s'inscrivent comme étant des facteurs déclenchants de comportements injurieux et que ces phénomènes reflètent un état de tension et d'incompréhension, car chaque usager qui se présente dans un service considère être prioritaire sur son voisin sans prendre en compte la temporalité. Finalement cette agressivité relève avant tout d'usagers qui ne comprennent pas comment le système fonctionne et entrent dans des postures de frustrations totales face aux contraintes. Lors de mes échanges avec eux, j'ai compris que le travail d'équipe en cas de conflit était un peu la résolution du problème surtout lors de la prise en charge du patient atteint de démence ou de pathologies psychiatriques. D'ailleurs, toutes les situations relatées font état de ce constat. J'en retiens donc que ces pathologies aussi complexes qu'elles n'y paraissent décontenance l'infirmier dans son savoir-faire et que le manque de formation se fait sentir peu importe l'expérience et le statut du soignant. Ces pathologies du fait de leurs complexités sont difficilement contrôlables et sont souvent le reflet d'une incompréhension et peuvent amener les soignants à avoir des préjugés et ne plus considérer le patient comme un être en grande souffrance et donc à ne plus respecter sa dignité. Pour autant, nous savons que dans l'évolution d'une maladie psychiatrique ou démentielle le patient agit de façon disproportionnée et souvent indépendamment de sa volonté.

J'ai remarqué également qu'à plusieurs reprises, les infirmières évoquent que la présence de soignants hommes est rassurante en cas de situations qui dégénèrent. Elles font souvent appel à eux et interviennent de ce fait à plusieurs professionnels chacun jouant un rôle bien défini ce qui semble pour ma part être déjà un acte de violence et qui de façon certaine peut être vécu et perçu comme réciproque par le patient. Mais alors, une question me vient à l'esprit : comment se passerait la prise en charge du patient virulent s'il n'y avait pas d'hommes dans le service ? Je suis interpellée à plusieurs reprises car ces professionnels de terrain stipulent être contraint d'utiliser très souvent le protocole de la mise en place des contentions, et je constate que tous se sécurisent en disant que le service fonctionne ainsi. Je ne retrouve que dans très peu d'entretiens la notion de communication, de réassurance, d'écoute et je constate que l'empathie passe au second plan surtout en cas d'urgence. Les soignants qui travaillent sans délai agissent de manière automatique, connaissant chaque protocole sur les doigts de la main et de ce fait n'ont plus le temps de réfléchir aux conséquences négatives infligées au patient. Ce qui revient à dire si je tiens compte des entretiens que l'usage de la contention chimique et physique est une réponse à une problématique face à un patient dément ou psychiatrique. Même si celle-ci est règlementée, utilisée sur une période fixe, de courte durée, cet usage n'est-il pas une objectivation du patient le rendant objet de soin et non sujet de soin ? De plus, la contention est une atteinte à la liberté du patient et je comprends derrière l'élocution de chacun que celle-ci est un outil important à leurs yeux car elle leur permet de travailler en toute sécurité et de prodiguer les soins nécessaires ceux pourquoi ils se dévouent chaque jour. Mais en définitive, est-ce que l'usage de ces protocoles ne contraignent pas les soignants à mettre de côté leur réflexion et ne les conduisent-ils pas à accomplir des actes contre-valeur qu'eux-mêmes ils ne supporteraient pas ?

## **7 QUESTION DE RECHERCHE**

Comme l'écrit B.Gbezo « *La violence qui survient dans un service engendre peur et insécurité, déstabilisent le soignant dans son savoir-faire habituel* ». Durant mes stages, j'ai été témoin à plusieurs reprises de situation de violence de patients envers les infirmiers. La fréquence de ces situations violentes et le fait qu'elles surviennent dans n'importe quel service de soins m'a interpellé. Mener cette réflexion, grâce aux recherches documentaires et aux expériences des professionnels de terrain par le biais des entretiens, m'a permis de comprendre que la posture

qu'adopte un soignant peut influencer également de multiples façons sur l'agressivité des patients et engendre forcément un impact sur la qualité de sa prise en soin.

De plus, j'ai pu me rendre compte que les hommes ont une place importante au sein des équipes surtout en cas de dérapage et particulièrement au sein de service spécifique et que sans eux la contenance ne serait pas la même. Ainsi si je devais poursuivre ce travail ma question de recherche s'énoncerait ainsi : « *En quoi la mixité dans une équipe permet de rétablir un cadre de soins lors de situations de violence ?* »

## 8 CONCLUSION

La violence a envahi le champ de la société depuis quelques années et par conséquent n'a pas épargnée le monde médical. Pour autant, sans jamais la banaliser nous savons que derrière un acte existe une explication, que derrière un malade se trouve un homme et que derrière nous soignant se trouve notre histoire. C'est pourquoi ceci doit nous inciter à nuancer nos représentations et par conséquent nos réactions qui peuvent être parfois toutes aussi violentes. En effet, la maladie par définition met le sujet en situation de frustration et d'insatisfaction. Qu'il soit jeune, âgé, dément ou psychiatrique ses revendications et ses exigences personnelles nous paraissent parfois excessives mais se doivent d'être prise en considération quoi qu'il arrive. En effet, la douleur physique, la souffrance psychologique tout comme l'angoisse de mort alimentent les causes premières d'un comportement jugé insupportable par sa violence verbale et physique.

L'agressivité comme la violence indiquent que les limites du tolérable sont atteintes. Dans de telles situations prendre du recul, prendre le temps de se poser pour réfléchir peut nous aider à réajuster nos attitudes-reflexes et à ne pas se laisser atteindre par des propos blessants qui conduisent trop souvent à un point de non-retours. Nous le savons l'être humain est complexe ce qui fait de lui une personne singulière possédant son propre seuil de tolérance face aux frustrations de la vie. Pour autant doit-on tout accepter ? Comment le niveau de satisfaction des usagers peut-il être positif quand les soignants sont impactés au premier plan sur la qualité de vie au travail ne leur permettant plus d'offrir des soins optimaux ?

Ces comportements ne sont pas sans conséquences car ils engendrent une véritable fracture entre usagers et professionnels de santé pour lesquelles il est urgent d'agir avant que le système de santé ne s'effondre complètement et que la désertification des soignants ne s'amplifie davantage.

C'est avec beaucoup de curiosité et d'intérêt que j'ai réalisé ce travail de fin d'études. Ceci m'a permis de prendre conscience que dans un futur proche je serais à la place de ces soignants en service et que très certainement je serais confrontée à ce type de comportement de la part des patients. Par le biais des lectures et des entretiens réalisés auprès des soignants, j'ai pu comprendre pourquoi un patient pouvait faire preuve d'agressivité et de violence et j'espère que ce travail me permettra d'avoir le recul nécessaire afin de gérer au mieux ces situations et de ne jamais oublier qu'un patient souffrant qui décharge sa douleur morale, physique ou psychique de manière excessive essaie par ce mode d'expression de nous faire entendre que quelque chose ne va pas. Bien que cette façon de faire nous apparaisse désagréable et nous violente dans notre quotidien, il convient de retenir qu'un patient qui entre en service perd de son identité et de son estime de soi, ce qui en fait une personne vulnérable et que cette attitude que nous trouvons inadmissible reste un mode d'expression des émotions qu'il utilise comme un moyen de communication. Ainsi cette attitude ne doit pas être ignoré et encore moins jugé. Notre seule réponse se doit être l'écoute, la compréhension et la prise en compte de cette souffrance afin d'apporter une réponse adaptée lorsque nous sommes confrontés à ces situations.

*« L'hôpital est un établissement public où les malades ont leurs maux à dire »*

Serge Mirjean

## 9 BIBLIOGRAPHIE

- Baggio, S. (2011). *Psychologie sociale : Concepts et expérience chapitre 4*. Paris: De Boeck Supérieur. Récupéré sur <https://www.cairn.info/psychologie-sociale--9782804164010-page-67.htm>
- Chazalet, N., & Perrin-Niquet, A. (2014). Le vécu des soignants lors de la réponse à la violence. *Pratiques en santé mentale*, pp. 21-24.
- Decety, J. (2004). *l'empathie*. Paris: Odile Jacob.
- Friard, D. (2012). Les concepts en sciences infirmières. *Agressivité*, pp. 56-59.
- Gbézo, B. (2011). *Les soignants face à la violence (2è éd.)*. Paris: Éditions Lamarre.
- Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières 2è ed*. France: Association de recherche en soins infirmiers.
- Légal, J.-B., & Delouée, S. (2021). *Stéréotypes, préjugés et discriminations*. Paris: Dunod.
- Mannoni, P. (2016). *Les représentations sociales (7è éd.)*. Paris: PUF.
- Nietzsche, F. (1950). *Le gai savoir, aphorisme 112*. Paris: Gallimard.
- Siebert, C., & Le Neurès, K. (2011). *Les essentiels en IFSI : UE 4.2 Soins relationnels*. Paris: Elvier Masson.
- Simon, E. (2009). Processus de conceptualisation d'"empathie". *Recherche en soins infirmiers n° 98*, pp. 28-31.

Site internet :

<https://www.etudier.com/dissertations/Violence-Symbolique/64316722.html>

<https://partageonsleco.com/2019/11/06/lhabitus-pierre-bourdieu-fiche-concept/>

<http://sante-medecine.journaldesfemmes.fr/faq/17116-agressivite-definition>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-sante/dgos-onvs>

<https://www.ars.sante.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs-chiffres-cles-du-rapport-2022>

## 10 ANNEXES

<b>ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN.....</b>	<b>I</b>
<b>ANNEXE II : DEMANDES D'AUTORISATION .....</b>	<b>II</b>
<b>ANNEXE III : RÉPONSES DES ÉTABLISSEMENTS.....</b>	<b>IV</b>
<b>ANNEXE IV : RETRANSCRIPTIONS ÉCRITE DES ENTRETIENS.....</b>	<b>VII</b>
<i>ANNEXE IV.I : ENTRETIEN N°1 .....</i>	<i>VII</i>
<i>ANNEXE IV.II : ENTRETIEN N°2.....</i>	<i>XII</i>
<i>ANNEXE IV.III : ENTRETIEN N°3 .....</i>	<i>XVII</i>
<i>ANNEXE IV.IV : ENTRETIEN N°4.....</i>	<i>XXIV</i>
<i>ANNEXE IV.V : ENTRETIEN N°5.....</i>	<i>XXVIII</i>
<i>ANNEXE IV.VI : ENTRETIEN N°6.....</i>	<i>XXXIV</i>
<i>ANNEXE IV.VII : ENTRETIEN N°7 .....</i>	<i>XLI</i>
<b>ANNEXE V : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS.....</b>	<b>XLVII</b>
<i>ANNEXE V.I : ENTRETIEN N°1 .....</i>	<i>XLVII</i>
<i>ANNEXE V.II : ENTRETIEN N°2.....</i>	<i>LI</i>
<i>ANNEXE V.III : ENTRETIEN N°3.....</i>	<i>LV</i>
<i>ANNEXE V.IV : ENTRETIEN N°4.....</i>	<i>LIX</i>
<i>ANNEXE V.V : ENTRETIEN N°5 .....</i>	<i>LXI</i>
<i>ANNEXE V.VI : ENTRETIEN N°6.....</i>	<i>LXIV</i>
<i>ANNEXE V.VII : ENTRETIEN N°7.....</i>	<i>LXVI</i>
<b>ANNEXE VI : GRILLES D'ANALYSE DES QUESTIONS .....</b>	<b>LXIX</b>
<i>ANNEXE VI.I : QUESTION N°1 .....</i>	<i>LXIX</i>
<i>ANNEXE VI.II : QUESTION N°2.....</i>	<i>LXXII</i>
<i>ANNEXE VI.III : QUESTION N°3.....</i>	<i>LXXVI</i>
<i>ANNEXE VI.IV : QUESTION N°4.....</i>	<i>LXXXI</i>
<i>ANNEXE VI.V : QUESTION N°5.....</i>	<i>LXXXV</i>
<b>ANNEXE VII : AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES .....</b>	<b>LXXXIX</b>

## **ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN**

Étalon sociologique

Date de DE

Depuis combien d'années vous travaillez dans le service actuel ?

À quel type de violence êtes-vous confronté le plus souvent au sein du service ?

Pensez-vous que la violence et l'agressivité fassent partie de votre travail ?

Quelles sont les répercussions de cette violence sur la relation soignant-soigné ?

Comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé comme agressif ou violent ?

Pouvez-vous me raconter une situation de violence que vous avez dû gérer ?

## ANNEXE II : DEMANDES D'AUTORISATION

Madame,

Je me présente, Julie Guichard, étudiante infirmière en 3e année au GIPES d'Avignon.

J'ai dans le cadre de mes études des entretiens à mener pour la constitution de mon mémoire de fin d'étude dont le thème est "La violence dans les soins". Pour cela je sollicite votre autorisation pour réaliser les entretiens auprès des professionnels de santé au nombre de trois, 2 infirmier(e)s, 1 aide soignant(e) au sein du service des urgences pour une durée de 20 à 30 minutes maximum. Je précise que ces entretiens sont enregistrés afin que je puisse retranscrire l'intégralité de ce qui se dira dans mon mémoire et m'engage par la suite à effacer le contenu de la conversation. Ces entretiens bien entendu se conduisent anonymement. Par ce mail, je sollicite votre autorisation d'effectuer ces entretiens et me tiens à votre disposition pour la conduite à tenir.

bien à vous Julie Guichard

De : Julie Guichard <[redacted]>  
Envoyé : jeudi 16 février 2023 10:37  
À : [redacted]  
Objet : demande d'entretiens Julie Guichard ESI

bonjour [redacted],

tout d'abord, [redacted], comme tu le sais certainement je suis en fin de 3e année de mes études infirmière et dans le cadre de ma formation j'ai des entretiens à effectuer auprès de professionnels de santé pour mon mémoire dont le thème est l'agressivité dans les soins. Je te fais parvenir la demande par ce mail ([redacted]). Quelle que soit la réponse, est-ce que tu peux me la faire parvenir par mail afin que je puisse l'imprimer et la mettre en annexe dans mon mémoire stp? Comme je l'ai dit à [redacted] ce sont des entretiens d'une durée de 20 à 30 minutes que je dois enregistrer afin de retranscrire le tout mot pour mot (je m'engage à effacer les enregistrements dès la retranscription terminée). Voilà j'attends ta réponse afin de pouvoir m'organiser

bonne journée Julie G

De : Julie Guichard <[redacted]>  
Envoyé : vendredi 17 février 2023 12:33  
À : [redacted]  
Objet : demande d'entretiens avec des professionnels de santé aux urgences

Madame,

Je me présente, Julie Guichard étudiante infirmière en 3e année au GIPES d'Avignon.

J'ai dans le cadre de mes études des entretiens à mener pour la constitution de mon mémoire de fin d'étude dont le thème est "La violence dans les soins". Pour cela je sollicite votre autorisation pour réaliser les entretiens auprès des professionnels de santé au nombre de trois, 2 infirmier(e)s, 1 aide soignant(e) du service des urgences pour une durée de 20 à 30 minutes maximum. Je précise que ces entretiens sont enregistrés afin que je puisse retranscrire l'intégralité de ce qui se dira dans mon mémoire et m'engage par la suite à effacer le contenu de la conversation. Ces entretiens bien entendu se conduisent anonymement. Par ce mail, je sollicite votre autorisation d'effectuer ces entretiens et me tiens à votre disposition pour la conduite à tenir.

bien à vous Julie Guichard

De : Julie Guichard [REDACTED]

Envoyé : mardi 21 février 2023 13:45

À : [REDACTED]

Objet : Demande d'entretiens au sein du service des urgences

Madame,

Je me présente, Julie Guichard, étudiante infirmière en 3<sup>e</sup> année au GIPES d'Avignon.

J'ai dans le cadre de mes études des entretiens à mener pour la constitution de mon mémoire de fin d'étude dont le thème est "La violence dans les soins". Pour cela je sollicite votre autorisation pour réaliser les entretiens auprès des professionnels de santé au nombre de trois, 2 infirmier(e)s, 1 aide soignant(e) au sein du service des urgences pour une durée de 20 à 30 minutes maximum. Je précise que ces entretiens sont enregistrés afin que je puisse retranscrire l'intégralité de ce qui se dira dans mon mémoire et m'engage par la suite à effacer le contenu de la conversation. Ces entretiens bien entendu se conduisent anonymement. Par ce mail, je sollicite votre autorisation d'effectuer ces entretiens et me tiens à votre disposition pour la conduite à tenir.

bien à vous julie Guichard

## ANNEXE III : RÉPONSES DES ÉTABLISSEMENTS

Fwd: demande d'entretiens au sein du service des urgences



Julie Guichard [redacted]

07/03/2023 12:27

À [redacted]

----- Forwarded message -----

De : [redacted]

Date: mar. 21 févr. 2023 à 14:32

Subject: RE: demande d'entretiens au sein du service des urgences

To: Julie Guichard [redacted]

Bonjour,

Je suis d'accords.

Bien à vous

Cordialement,

[redacted]

*Cadre de Santé*

Urgences-SMUR

Centre Hospitalier d [redacted]

[redacted]

[redacted]

**Fwd: demande d'entretiens Julie Guichard ESI**



Julie Guichard [redacted]  
07/03/2023 12:28



À [redacted]

----- Forwarded message -----

De [redacted]  
Date: mar. 21 févr. 2023 à 14:12  
Subject: RE: demande d'entretiens Julie Guichard ESI  
To: Julie Guichard [redacted]

Bonjour Julie,

Désolée pour la réponse tardive, sinon tout va bien

Il n'y a pas de problème pour les échanges avec les professionnels.

Je vais voir avec les différentes personnes et je te donnerais les noms. Le tout est de savoir quand tu envisages ces entretiens .

Je te souhaite une bonne journée

**Fwd: demande d'entretiens avec des professionnels de santé aux urgences**



Julie Guichard [redacted]  
07/03/2023 12:29

À [redacted]

----- Forwarded message -----

De : [redacted]  
Date: lun. 20 févr. 2023 à 09:13  
Subject: RE: demande d'entretiens avec des professionnels de santé aux urgences  
To: Julie Guichard [redacted]

Bonjour,  
j'ai transféré votre mail à la cadre du service.  
Cordialement.

**Fwd: Demande d'entretiens au sein du service des urgences**



**Julie Guichard** [redacted]

07/03/2023 12:30

À [redacted]

----- Forwarded message -----

De [redacted]

Date: lun. 6 mars 2023 à 11:33

Subject: RE: Demande d'entretiens au sein du service des urgences

To: Julie Guichard [redacted]

Bonjour,

J'accuse réception de votre demande, la réponse vous sera adressée par voie postale.

Bien cordialement

## ANNEXE IV : RETRANSCRIPTIONS ÉCRITE DES ENTRETIENS

### ENTRETIEN N°1 : LAURENCE IDE

1 **Bonjour je me présente je m'appelle Julie, je suis étudiante infirmière en fin de 3e année.**  
2 **J'ai dans le cadre de mes études un mémoire à constituer et je te remercie d'accepter de**  
3 **participer à l'élaboration de celui-ci par le biais de cet entretien. Le thème de ce mémoire**  
4 **est « la violence dans les soins » et cet entretien s'articulera autour de 5 questions. Avant**  
5 **de commencer est-ce que tu peux te présenter, nous raconter un petit bout de ta carrière ?**

6 Laurence : Bonjour, je m'appelle Laurence j'ai 46 ans, je suis infirmière depuis 5 ans et j'ai  
7 toujours travaillé en établissement d'hébergement pour personnes âgées. Que dire de plus à part  
8 que c'était un choix parce que j'aime bien le sujet âgé et voilà. Donc je t'écoute pour tes  
9 questions.

10 **Moi : D'accord merci Laurence. Alors du coup voici la 1ere question qui est : A quel type**  
11 **de violence êtes-vous confronté le plus souvent au sein de l'établissement ?**

12 Laurence : alors la violence à laquelle je suis confronté directement ici heu je pense d'abord  
13 aux personnes qui sont atteintes de démence, c'est vrai qu'ils peuvent avoir des comportements  
14 violents parce que parfois on ne comprend pas trop leur demande et donc leur réaction est une  
15 réponse à cette incompréhension. On peut adopter des comportements qui nous paraissent à  
16 nous anodins mais pour eux qui sont atteints de pathologies démentielles, ils peuvent le  
17 percevoir tout autrement et le percevoir comme agressif parce qu'ils ne comprennent pas et du  
18 coup en réponse ils vont devenir violents à leur tour. Par exemple, pendant la toilette, il m'est  
19 déjà arrivé d'intervenir parce que du couloir en distribuant les médicaments j'ai entendu des  
20 échanges houleux venant de la chambre entre une aide-soignante et un résident atteint de  
21 démence.

22 **Moi : d'accord**

23 Laurence : il est vrai que c'était juste pour une histoire de douche, l'aide-soignante voulait lui  
24 donner la douche mais le résident a refusé sans raison apparente. Mais un refus n'est jamais  
25 sans nulle raison. Il y a toujours une raison et il faut toujours chercher le pourquoi de ce refus.  
26 Et puis si pour une raison ou une autre on ne trouve pas le pourquoi de ce refus et bien  
27 quelquefois on a la réponse un peu plus tard et du coup voilà. J'ai essayé un petit peu d'apaiser  
28 les choses en disant à l'aide-soignante que ce n'était pas gravissime qu'il refuse la douche ce  
29 jour-là, que si elle n'était pas faite à ce moment-là ce n'était pas grave. Il faut essayer de  
30 dédramatiser la situation c'est important en cas d'urgence.

31 **Moi : d'accord merci, donc 2e question : pensez-vous que la violence est l'agressivité fasse**  
32 **partie de votre travail ?**

33 Laurence : je pense que la violence oui forcément en fait partie. Quand on travaille avec  
34 l'humain, forcément on peut être amené à être confronté à pleins de situations différentes,  
35 pleines d'émotions et la violence et/ou l'agressivité en fait indéniablement partie oui. Cela étant,  
36 ce qui est important je pense, c'est de savoir la reconnaître et de ne pas ne pas être dans le  
37 jugement. Quand je dis ça, je veux dire qu'on doit être capable de se dire qu'on peut prendre de  
38 la hauteur en se demandant, qu'est-ce qui a fait à ce moment-là que le résident a été violent ?

39 **Moi : d'accord oui vous vous remettez en question quoi.**

40 Laurence : comme je te l'ai dit, parfois la raison n'est pas toujours évidente, mais ce n'est pas  
41 pour autant qu'il faut banaliser la violence et se dire bon bah je travaille avec des personnes  
42 âgées ou des personnes atteintes de démences et donc je dois faire avec. Je pense qu'il est  
43 important d'en parler en équipe, d'échanger sur les difficultés rencontrées afin de trouver des  
44 solutions voire des réponses à des questionnements. Il faut être dans un questionnement  
45 permanent, dans une réflexion constante sur sa pratique parce que la violence même si elle fait  
46 partie malheureusement des contacts humains ce n'est pas une raison pour la banaliser. Et je  
47 pense qu'essayer de trouver des solutions c'est surtout le plus important. Il ne faut pas prendre  
48 ça comme une finalité en soi et toujours essayer d'adapter sa pratique, d'adapter son  
49 comportement et d'en parler en équipe. C'est vrai que ce n'est pas un environnement sain que  
50 de côtoyer la violence donc forcément c'est stressant pour nous, pour le résident et je pense que  
51 la relation est impactée. Même si on ne veut pas bah on va apporter des réactions en tant que  
52 soignant parfois négatives. On va peut-être prendre du recul après coup, prendre de la distance  
53 et donc il ne sera pas facile de mettre en place une relation de confiance entre le résident et le  
54 soignant.

55 **Moi : d'accord. Du coup cette 2e question nous amène à la 3e qui est : quelles sont les**  
56 **répercussions de cette violence sur la relation soignant-soigné ?**

57 Laurence : les répercussions bah il y en a beaucoup bien sûr, déjà comme je te disais quand il y  
58 a de la violence, la relation est entachée. Elle est moins évidente, c'est vrai que la relation de  
59 soin n'est pas toujours facile.

60 **Moi : oui c'est vrai de plus, la violence ou l'agressivité peut engendrer de la peur, du stress**

61 Laurence : ça peut engendrer beaucoup de choses oui je suis d'accord avec ce que tu dis. Pour  
62 le soignant cela peut engendrer une envie de ne pas entretenir la relation, c'est à dire que même

63 dans mon expérience d'infirmière et même quand j'étais en stage en tant qu'étudiante j'ai  
64 souvenirs que les personnes décrites comme violentes et bien malheureusement les soins étaient  
65 faits rapidement.

66 **Moi : ah oui d'accord, tu veux dire par là qu'ils étaient catégorisés d'office ?**

67 Laurence : oui de mon statut d'étudiante effectivement j'ai pu constater que les soins se  
68 faisaient assez vite par peur peut-être je ne sais pas du moins je l'imagine. Parfois on pouvait  
69 passer à côté de ce diagnostic parce que on n'avait pas envie de se pencher plus que ça sur le  
70 ressenti du résident dans la relation, sur son vécu au sein de la résidence et c'est dommage  
71 d'ailleurs j'y pense souvent. Par exemple aujourd'hui avec le recul, je trouve important de  
72 savoir comment le résident appréhende les soins, comment le soignant appréhende lui aussi les  
73 soins, comment il se sent parce que l'engrenage dans la relation arrive vite. On va se dire il va  
74 forcément être violent aujourd'hui, je n'ai pas envie de faire face à cela et donc la relation de  
75 soin va devenir plus superficielle. C'est vrai qu'en tant qu'infirmière j'attache une importance  
76 particulière à ce que tout se passe bien. Il faut venir travailler avec l'envie, sans stress et sans  
77 la peur au ventre. Au niveau des répercussions certains soignants se disent ici qu'ils ne sont pas  
78 toujours des bons soignants parce qu'ils n'arrivent pas à déceler les formes d'agressivité et de ce  
79 fait en sont victimes. Je pense qu'il y a un réel impact sur le soin quand la relation est rompue  
80 c'est vrai et le risque est de devenir à son tour agressif. C'est-à-dire de répondre à la violence  
81 et/ou l'agressivité par l'effet miroir.

82 **Moi : vous prévenez ce risque ?**

83 Laurence : Je préviens ce risque oui, la personne violente ou agressive est en souffrance c'est  
84 certain donc sans banaliser la situation bien sûr parce que ce n'est pas anodin et sans séquelles  
85 pour nous tous. J'essaie de faire redescendre la pression ou de détourner l'attention dans un  
86 premier temps parce qu'après on ne pas tout accepter non plus. Il peut arriver que nos réponses  
87 soient froides envers le résident ce qui n'arrange en rien la situation nous le savons de plus le  
88 risque est l'engrenage dans lequel il ne faut surtout pas entrer parce que c'est une position  
89 délicate qui peut mettre à mal la posture professionnelle. Quand on arrive dans le soin on se  
90 doit d'avoir une posture professionnelle, d'avoir des valeurs et répondre à la violence par de la  
91 violence c'est pour moi vraiment le pire qui pourrait arriver. Je préfère me détacher de la  
92 situation voir de passer le relais, être honnête et dire là il se passe quelque chose que je n'arrive  
93 pas à contrôler. Le tout est ensuite de revenir, réflexion faite auprès du résident plutôt que  
94 d'entrer en conflit directement.

95 **Moi : d'accord je vois merci.**

96 Laurence : en fait, ça peut vraiment prendre des proportions très importantes déjà parce que la  
97 violence est brute, sèche, brutale et blessante. J'ai envie de vous dire que la violence est  
98 quotidienne et institutionnelle aussi. Par là je veux dire qu'un patient qui arrive chez nous va  
99 devoir faire face à des impératifs à des règles imposées par l'établissements aussi. Pour lui la  
100 violence peut prendre plein de formes. Déjà, le simple fait d'être mis en chambre double avec  
101 un résident qu'il ne connaît pas, partager son intimité avec lui, pour ma part, je trouve que c'est  
102 déjà violent et c'est important de s'en rendre compte et d'essayer de l'accompagner dans ce  
103 changement de vie quotidienne voilà.

104 **Moi : merci, question suivante : comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé**  
105 **comme agressif ou violent ?**

106 Laurence : j'essaie de comprendre pourquoi ce patient à ce comportement, je cherche à  
107 comprendre ce qui a pu provoquer cela, est-ce que c'est mon comportement, est-ce que c'est ma  
108 posture, est-ce que c'est un mot que j'ai pu dire ou alors est-ce que c'est une violence à laquelle  
109 je ne trouve pas tout de suite de raison. Dans tous les cas, j'essaie de ne pas agir sans réfléchir  
110 comme je vous ai dit plus haut. Je laisse la personne se calmer. Puis tout dépend du contexte ça  
111 dépend vraiment du contexte. Je vais en discuter en équipe afin de trouver des solutions. Les  
112 réactions des résidents sont parfois évidentes parfois il faut envoyer le psychologue pour savoir  
113 ce qu'il se passe derrière un comportement. Le but étant le bien être du résident et de pouvoir  
114 prodiguer des soins sans appréhension.

115 **Moi : d'accord merci, donc nous voici à la dernière question qui est pouvez-vous me**  
116 **raconter une situation de violence que vous avez dû gérer ?**

117 Laurence : alors, je réfléchis laquelle choisir (rire). Alors bah je vais te raconter une situation  
118 que j'ai vécue dernièrement donc c'était pendant la distribution des médicaments, j'ai un  
119 résident qui refusé de prendre ces traitements en salle à manger. C'est vrai que l'environnement  
120 été assez bruyant et le résident était déjà un petit peu énervé. Ce résident a des antécédents de  
121 schizophrénie plutôt stabilisée, il n'est pas très âgé mais on dit qu'avec l'âge, les pathologies  
122 psychiatriques ont tendance à régresser un peu. Néanmoins le bruit peut être nocif et le résident  
123 peut s'agiter. Donc je donne comme d'habitude les traitements de cet homme dans la main et il  
124 refuse de les prendre. Je suis très embêtée parce que la prise de ce traitement est importante au  
125 vu de la pathologie et donc j'insiste un peu.

126 **Moi : d'accord**

127 Laurence : il me répond qui n'en veut pas d'un ton ferme. Il est vrai qu'avec le recul, je pense  
128 que j'ai été lourde en insistant lourdement comme je l'ai fait. Il s'est levé, à jeter tout son repas  
129 au sol et à hurler qu'il était encore capable de décider pour lui qu'il avait dit non que c'était  
130 non !

131 **Moi : ah oui pas facile à gérer la.**

132 Laurence : pas facile du tout (rire), donc je me sens un peu bête sur le coup.

133 **Moi : pourquoi bête ?**

134 Laurence : bah je ne m'y attendais pas du tout j'étais choqué parce que je n'ai pas de problème  
135 habituellement avec ce résident. Il prend les traitements assez facilement, il connaît sa  
136 pathologie. Il est plutôt calme et ça m'a surprise je dois avouer. J'essaie de calmer la situation  
137 en lui disant que je m'excuse si je l'ai abordé de façon brutale et que mon intention n'était pas  
138 de le mettre en colère. Je lui explique que ce traitement est important si on veut que la stabilité  
139 de sa pathologie perdure. Le résident me demande une assiette et accepte les médicaments. Je  
140 pense que le fait d'avoir adopté un ton adapté ou du moins calme il l'a ressenti. Il s'est mis à  
141 parler lui aussi sur un ton plus calme en me disant, écoutez j'en ai marre de tous les médicaments  
142 et c'est vrai qu'il en a beaucoup à prendre. Sa lassitude est justifiée mais je n'ai pas le choix. Je  
143 n'ai jamais travaillé en psychiatrie et c'est vrai que cette expérience manque ici car nous  
144 recevons de plus en plus de résidents atteints de pathologies psychiatriques. Donc là tu vois la  
145 situation aurait pu dégénérer bien plus et je pense que le fait que je garde mon calme ça a du le  
146 déstabilisé. Bien sûr j'ai tracé cet incident pour qu'il soit vu par une équipe du CMP. Donc il  
147 faut toujours réfléchir, toujours être dans le questionnement ça fait partie des indispensables  
148 pour arriver à gérer des situations difficiles est toujours travailler en équipe ça c'est vraiment  
149 une base solide sur laquelle on peut s'appuyer en tant que soignant et heureusement  
150 d'ailleurs(rire).

151 **Moi : Laurence je te remercie, cet entretien est riche je te souhaite une bonne  
152 continuation.**

153 Laurence : j'espère que tu auras de quoi faire et que mes réponses sont suffisantes pour toi. Si  
154 tu as autre chose à me demander n'hésite pas et puis bon courage pour ton travail de mémoire.

155 **Moi : merci (sourire).**

ENTRETIEN N°2 : SABRINA AS JOUR.

1 **Bonjour je m'appelle Julie, je suis étudiante infirmière en fin de 3e année. J'ai dans le**  
2 **cadre de mes études un mémoire à constituer et je te remercie d'accepter de participer à**  
3 **l'élaboration de celui-ci par le biais de cet entretien. Le thème de ce mémoire est la**  
4 **violence dans les soins. Cet entretien s'articulera autour de 5 questions. Voilà si tu peux**  
5 **te présenter nous dire un peu bah ta carrière depuis quand tu es diplômée etc.**

6 Sabrina : d'accord donc je m'appelle Sabrina, j'ai 45ans, avant d'être aide-soignante je  
7 travaillais en restauration. D'ailleurs, j'ai fait une dizaine d'années dans la restauration.

8 **Moi : d'accord.**

9 Sabrina : je suis diplômée que depuis mars de cette année, donc mars 2023. J'étais faisant  
10 fonction depuis 2016 où j'ai débuté en tant qu'agent de service hospitalier dans un autre  
11 établissement.

12 **Moi : d'accord.**

13 Sabrina : ensuite j'ai occupé un poste de faisant fonction d'aide-soignante sur une unité  
14 Alzheimer dans un EHPAD où là ça consistait à faire des toilettes le matin et ensuite je passais  
15 au ménage les après-midis. J'étais multifonctions(rire).

16 **Moi : du coup tu as eu envie de changer de branche, on t'a proposé de faire une**  
17 **formation ?**

18 Sabrina : alors j'ai eu 2 possibilités, soit on me proposait de faire une école mais à l'époque  
19 c'était aide-médico-psychologique et j'ai refusé, j'ai préféré passer ma validation des acquis en  
20 tant qu'aide-soignante.

21 **Moi : ah oui d'accord très bien. Alors la première question est la suivante : à quel type de**  
22 **violence êtes-vous confrontez le plus souvent au sein du service ?**

23 Sabrina : alors ici euh, les types de violences qu'on a c'est la plupart du temps beaucoup de  
24 personnes qui ont une certaine démence. Certaines pathologies qui forment une démence pour  
25 être précise. Voilà, les agressivités peuvent être multiples. Elles peuvent être aussi bien de la  
26 part des résidents que de la part des familles qui sont dans l'incompréhension de la maladie de  
27 leurs proches souvent.

28 **Moi : je vois oui, mais c'est une violence qui se présente de quelle façon ? ce que je veux**  
29 **dire c'est est-ce que c'est de la violence verbale, physique ? les deux ?**

30 Sabrina : j'ai connu que la violence verbale, les résidents ce sont des insultes, ça peut être  
31 physique aussi parfois ils nous crachent dessus, nous pincant, nous mordent. Ensuite bah les  
32 familles c'est plus de la violence verbale. Donc c'est très compliqué parfois.

33 **Moi : d'accord je comprends oui, 2<sup>e</sup> questions : Pensez-vous que la violence et l'agressivité**  
34 **fassent partie de votre travail ? c'est-à-dire que quand tu as commencé en EHPAD est-ce**  
35 **que tu t'attendais à être à un moment donné confronté à de la violence ?**

36 Sabrina : oui je m'y attendais oui bien sûr. Après malgré tout on essaie de gérer cette situation  
37 d'agressivité. Soit on le travail par la formation sur l'Humanitude qui est une formation interne  
38 à l'établissement, soit on essaie de trouver des solutions par rapport au résident. Par exemple,  
39 ne serait-ce que pour laver des cheveux d'une résidente, peut-être qu'elle n'aime pas forcément  
40 qu'on lui lave les cheveux, c'est à nous de savoir si on peut mettre une serviette sur le front  
41 pour lui laver les cheveux de façon qu'elle n'ait pas l'eau sur le visage afin de ne pas développer  
42 une certaine agressivité. Voilà c'est à nous vraiment de trouver une solution en fonction des  
43 résidents pour éviter en fait qu'il soit agressif ou qu'ils ne le deviennent par la suite.

44 **Moi : d'accord oui il y a tout un travail en amont qui est fait quand même pour ça.**

45 Sabrina : tout à fait oui. Le but c'est que le résident apprécie les soins.

46 **Moi : d'accord je vois merci. Ensuite, 3<sup>e</sup> questions : quelles sont les répercussions de cette**  
47 **violence sur la relation soignant-soigné ?**

48 Sabrina : je pense qu'il faut qu'on continue toujours à prendre du recul en fonction du travail  
49 qu'on doit faire. Parce que bon on a des solutions. Après, il y a des solutions qui vont très bien  
50 marchées, 1 jour, 2 jours, 1 semaine, 15 jours et puis 1 jour et bah on voit que cette résidente ne  
51 veut plus cet accompagnement-là donc c'est à nous de retrouver une autre solution, une autre  
52 adaptation par rapport à la personne.

53 **Moi : le soignant doit toujours s'adapter à la situation, essayer de trouver en tout cas la**  
54 **solution pour le bien être du résident ?**

55 Sabrina : oui tout à fait, il faut trouver un compromis, s'adapté à la situation pour le bien être  
56 du résident.

57 **Moi : est-ce que par rapport aux répercussions vous êtes amené à passer la main ? si oui**  
58 **le faites-vous volontiers ?**

59 Sabrina : oui on passe la main, oui ça m'ait arrivé d'ailleurs beaucoup sur l'unité Alzheimer ou  
60 je travaille beaucoup. Quand on travaille avec son binôme, on est censé quand on rencontre une  
61 difficulté avec un résident laisser le binôme prendre le relai afin qu'il fasse ce qu'il peut.

62 **Moi : d'accord merci, 4e questions : comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé**  
63 **comme agressif au violent ? c'est-à-dire par exemple demain il y a une entrée on vous dit**  
64 **faites attention le patient est virulent, et imprévisible au niveau du comportement**  
65 **comment vous procédez ? comment vous agissez ?**

66 Sabrina : d'habitude on a un a priori. Je pense oui c'est sûr parce qu'on se demande ce qui peut  
67 se passer la plupart du temps ça soulage de travailler en équipe. Dans ces moments-là, au lieu  
68 d'être seul on est au moins deux soignants dans la chambre pour se présenter, lui proposer à  
69 boire, pour voir un petit peu comment il se présente, s'il comprend nos questions. Puis aussi en  
70 même temps de rentrer dans la chambre et commencer la discussion avec la personne ça nous  
71 permet de nous faire une idée, ça nous fait du bien pour nous parce qu'on voit à qui on a affaire  
72 réellement en face de nous. On essaye en tout cas de faire en sorte que le résident se sente chez  
73 lui dès son arrivé. Ça défait les a priori puis j'ai l'impression que ça défait ce qu'on a dit avant  
74 son entré. Souvent les gens exagèrent un petit peu le comportement des entrants. Je trouve  
75 important de se faire sa propre idée et d'apprendre à connaître avant de juger.

76 **Moi : en effet le comportement des résidents peut être tout autre puis il faut laisser les**  
77 **personnes se faire à l'idée qu'ils entrent en établissement et qu'ils ne rentreront plus chez**  
78 **eux pour certains donc ils peuvent être en souffrance à l'arrivé et être effectivement**  
79 **agressifs.**

80 Sabrina : oui, le but est de ne pas se fier aux autres. De toute façon, on a un travail ou on se doit  
81 toujours d'avancer malgré tout. C'est une personne qui va avoir besoin de soins et même si elle  
82 est violente ou pas comme je dis c'est vraiment à nous de nous adapter, de trouver une solution  
83 quoi qu'il arrive et c'est tout un travail d'équipe. Ça fait avancer en fait et ça nous fait réfléchir.

84 **Moi : pouvez-vous me raconter une situation de violence que vous avez dû gérer ?**

85 Sabrina : ah oui alors j'en ai une qui date de quelques jours justement, j'étais sur l'unité protégée,  
86 c'était le matin, j'arrivais comme tous les matins, je préparais le petit déjeuner et je vois un  
87 résident de cette unité le visage très fermé. D'habitude, il est toujours en train de me suivre de  
88 partout, ce jour-là il ne me suit pas et je vois qu'il est très fermé ce qui m'interpelle. Malgré  
89 tout, je le mets en salle à manger puisque les petits déjeuners se prennent en salle et en chambre  
90 pour certains. Je le laisse en salle à manger avec son croissant et son petit café pour qu'il déjeune  
91 tranquillement, jusqu'à là tout va bien. Il déjeune doucement mais à toujours le visage fermé. Il  
92 prend ses traitements sans rien dire toujours le visage fermé. Malheureusement j'ai dû à un  
93 moment donné continuer à servir les petits déjeuners et j'invite une résidente à venir à table. je

94 l'accompagne parce qu'elle se dirige vers le résident. J'installe cette résidente en face de ce  
95 résident, puis je vois comment ça se passe entre eux. Jusqu'à là ça va, tout se passe bien. De  
96 plus cette dame a pour habitude de manger à cette table, je ne voulais pas la freiner dans ses  
97 habitudes. J'avoue que je me suis questionné sur le comportement mutique de ce résident mais  
98 je me suis dit qu'il avait du mal dormir et qu'il acceptera madame à sa table. Pour moi tout aller  
99 bien se passer. Je lui apporte son petit déjeuner à table, elle se lève et commence à dire bonjour  
100 monsieur, comment allez-vous et elle veut lui serrer la main et là je vois cet homme qui se lève  
101 brutalement, qui la soulève. La résidente ne touche plus du tout le sol et là je me retrouve dans  
102 une impasse. Je n'ai d'autre solution que de lui dire lâchez, la lâchez la ! je vois que ça ne sert  
103 à rien. Je m'aperçois qu'elle saigne du cou elle a une dermabrasion aussi au bras parce qu'elle  
104 essaye de se débattre. Je suis stressée à ce moment-là car je crains qu'il lui fasse très mal quoi  
105 et je décide de prendre une chaise et de la faire tomber violemment au sol pour faire du bruit et  
106 le surprendre. C'était la seule solution qu'il me restait et ça à marcher heureusement. Je lui ai  
107 dit stop on arrête ! stop ! on n'est pas là pour se battre, on arrête ! il me regarde et j'ai dit c'est  
108 bon là je sens que je vais me faire taper à mon tour ou je ne sais pas ce qui va se passer. Il  
109 commence à partir dans le couloir mais les cris ont alerté tous les autres résidents, ils ont ouvert  
110 la porte, je me suis retrouvée en train de me dire qu'est-ce que je fais ? parce que prévenir mes  
111 collègues par téléphone je ne pouvais pas car il fallait agir vite. Ce résident cherchait à entrer  
112 dans toutes les chambres donc je l'ai suivi et j'ai commencé à claquer toutes les portes des  
113 chambres en disant aux résidents vous restez dans vos chambres.

114 **Moi : mais les résidents n'ont pas dû comprendre et ont dû avoir peurs non ?**

115 Sabrina : oui tout à fait mais c'est le seul truc que j'ai trouvé. Je leur ai dit restez dans votre  
116 chambre. C'est à ce moment-là que j'ai entendu la porte de l'unité se claquée c'était l'animatrice  
117 qui venait juste me donner les menus de la semaine et qui a compris que la situation été grave.  
118 Je lui ai demandé d'alerter les médecins, les psychologues et tout ça. Il y a eu un grand  
119 déclenchement. C'était une situation très compliquée, je me suis retrouvé vraiment seule sur  
120 l'unité et donc seule avec moi-même.

121 **Moi : oui puis s'est aller très vite surtout.**

122 Sabrina : oui c'est ça puis prendre les bonnes décisions en peu de temps surtout. Tout s'est  
123 passé si vite. J'en ai parlé longuement avec la cadre parce que je n'ai pas été bien par la suite.  
124 J'ai vu cette dame être soulevée avec une force incroyable par le cou, cette plaie au bras et le  
125 fait qu'elle saigne j'ai eu vraiment peur. On a beaucoup discuté de cette situation ensemble, j'ai

126 réfléchi à cette gestion de crise par la suite et effectivement j'aurai dû appeler mes collègues.  
127 C'est un monsieur qui mesure 1m90 quoi, moi je fais qu'1m55 (rire) donc il est clair que je ne  
128 faisais pas le poids quoi qu'il arrive.

129 **Moi : est-ce qu'une formation sur la gestion de l'agressivité ça pourrait vous aider ?**

130 Sabrina : ah oui beaucoup !

131 **Moi : c'est quelque chose qu'il vous manque ici ?**

132 Sabrina : alors ici oui et je dirais même un peu de partout. On parle beaucoup de là formation  
133 sur l'Humanitude qui est très bien certes, mais maintenant on se retrouve avec des résidents  
134 polypathologiques ce qui fait que nous ne sommes pas armés pour répondre réellement à leurs  
135 mal-être. Soyons honnêtes, on n'a pas toujours les bons mots, on n'a pas les armes pour être  
136 avec des pathologies psychiatriques. Aujourd'hui, les résidents qui ne sont pas stabilisés ou  
137 autre, la gestion en cas de conflit est difficile. Certains ont une formation plus importante que  
138 nous les aides-soignants ce qui facilite peut-être mais ces collègues ne sont pas toujours en  
139 poste.

140 **Moi : oui je comprends que ce n'est pas facile, je l'entends bien. Mais pourquoi ne pas  
141 faire une demande de formation interne ?**

142 Sabrina : bah oui c'est vrai on peut demander mais je crois que c'est compliqué aussi.  
143 Finalement c'est un métier difficile et il faut toujours se remettre en question quoi qu'il arrive.  
144 Toujours et ne jamais avoir honte de dire à la cadre de service les difficultés que l'on rencontre  
145 afin de trouver des solutions rapides.

146 **Moi : d'accord Sabrina, l'entretien touche à sa fin je vous remercie pour votre  
147 participation, votre franchise et je vous souhaite une bonne continuation.**

148 Sabrina : Merci beaucoup.

ENTRETIEN N°3 : MARTINE AS NUIT.

1 **Bonjour je m'appelle Julie, je suis étudiante infirmière en fin de 3e année. J'ai dans le**  
2 **cadre de mes études un mémoire à constituer et je te remercie d'accepter de participer à**  
3 **l'élaboration de celui-ci par le biais de cet entretien. Le thème de ce mémoire est la**  
4 **violence dans les soins. Cet entretien s'articulera autour de 5 questions. Voilà si tu peux**  
5 **te présenter nous dire un peu bah ta carrière depuis quand tu es diplômée etc.**

6 Martine : Alors bonjour Julie, donc moi c'est Martine je travaille de nuit en tant qu'aide-  
7 soignante dans cet établissement depuis 4 ans. Je suis maman de 3 enfants voilà, je travaillais  
8 dans la restauration pendant des années, puis le restaurant à fermer pour liquidation judiciaire  
9 et je ne dirais pas que ça tomber bien mais du moins je pensais depuis longtemps a travailler  
10 auprès de personnes et tout ça.

11 **Moi : d'accord donc reconversion professionnelle.**

12 Martine : oui c'est ça, donc en attendant d'avoir mon BEP sanitaire et social hein parce que je  
13 n'avais pas de diplôme dans le médical, j'étais famille d'accueil pour personnes âgées donc j'ai  
14 fait mon agrément auprès du conseil général et en parallèle de ça j'ai pu en contactant d'autres  
15 familles d'accueil qui s'occuper des personnes avoir des conseils déjà. Il y avait des familles  
16 d'accueils qui s'occupaient d'adultes handicapés psychologiques et sur cela je me suis  
17 renseignée. J'ai fait une demande d'agrément, j'ai été accepté donc je travaillais par le biais d'un  
18 hôpital psychiatrique, mais à mon domicile.

19 **Moi : d'accord tu recevais les patients chez toi à temps pleins.**

20 Martine : oui c'est ça c'était très encadré, j'ai eu un questionnaire devant un public médecin,  
21 psychologue, psychiatre voilà. Donc j'ai commencé par un premier patient enfin quand j'ai eu  
22 mon agrément de personnes âgées. J'ai arrêté donc ce métier dans la restauration là pour après  
23 continuer dans celui de famille d'accueil moi ça correspondait mieux à mon caractère à ce que  
24 je voulais faire dans mon travail. J'étais moins susceptible de rester chez moi.

25 **Moi : Eh oui je comprends.**

26 Martine : parce qu'une personne âgée c'est beaucoup plus compliqué à aller se promener, tout  
27 ça donc j'ai trouvé avec une première personne. Je pouvais la sortir, je faisais plein d'activités  
28 d'animation, du jardinage voilà malgré son handicap psychologique et 1 an après j'ai eu 2  
29 patients (sourire).

30 **Moi : d'accord Ah oui.**

31 Martine : donc la première personne souffrait de psychose hallucinatoire hein à la suite d'une  
32 opération du nez, c'était comme si elle était normale entre guillemets comme nous comme toi  
33 et moi et à la suite de cette opération elle est devenue handicapée psychologique quoi.

34 **Moi : ah oui, je n'avais jamais entendu ça.**

35 Martine : j'entretenais des rapports amicaux avec sa sœur qui était tutrice de sa sœur hein et qui  
36 m'avait donné cette information.

37 **Moi : d'accord**

38 Martine : oui voilà, c'était une dame à qui il fallait tout réapprendre quand même par rapport à  
39 tout donc on faisait pleins d'activités aussi bien la cuisine, les gâteaux, voilà essayez de lui  
40 réapprendre. C'était un réapprentissage de la vie normale si tu veux. À côté de ça dans les  
41 sorties, elle était toujours en danger parce qu'elle était un peu voilà et puis pour traverser la rue  
42 il y avait quand même un danger hein et toujours un suivi pour des rendez-vous, pour rendre la  
43 monnaie mais tout en la laissant faire tout en ayant je veux dire une surveillance. Toujours faire  
44 attention de pas la mettre en échec tu vois.

45 **Moi : oui je vois bien sûr.**

46 Martine : après avec Didier donc lui souffrait de schizophrénie associée à l'hypochondriaque.  
47 Ce n'était pas pareil, la maladie s'était déclarée tout jeune à la mort de sa maman. donc il a fait  
48 des années de psychiatrie et donc son mal-être c'était comment je te dis il participait quand  
49 même à la maison mais plus ou moins d'abord parce que c'était un homme et quand il était dans  
50 son mal-être soit il venait vers moi toujours soit il était en répétition à plusieurs reprises pour  
51 m'attaquer quoi, si tu veux il était dans son truc. et quand il prenait sa position fœtale dans le lit  
52 il se recroquevillé là j'intervenais auprès des infirmiers.

53 **Moi : il décompensé ?**

54 Martine : oui il décompensé voilà je ne trouvais pas le mot. Il partait à l'hôpital 15 jours parfois  
55 3 semaines puis il revenait il était beaucoup mieux.

56 **Moi : très bien merci pour le partage martine, donc je te propose la 1ere question qui est**  
57 **la suivante : à quel type de violence êtes-vous le plus souvent confronter dans**  
58 **l'établissement ?**

59 Martine : pour le personnel ou des résidents ?

60 **Moi : les résidents ou les deux pourquoi pas.**

61 Martine : d'accord, alors à la parole.

62 **Moi : d'accord à la violence verbale donc ?**

63 Martine : oui beaucoup de violence verbale et gestuelle parfois.

64 **Moi : d'accord il y a moins de résidents violents physiquement.**

65 Martine : violent physiquement la nuit ça arrive mais ça reste rare je trouve d'abord parce que  
66 je laisse s'exprimer la personne comme elle veut. Après quand je vois que cela commence à se  
67 calmer là j'interviens gentiment. Il ne faut pas intervenir en criant parce que ça ne sert  
68 strictement à rien, ce serait exciter pour exciter la personne. Enfin moi c'est ma façon de faire.  
69 Mon approche c'est ça je laisse crier, je laisse tomber la pression. C'est comme les personnes  
70 de la vie de tous les jours qu'on peut rencontrer dans le personnel aussi hein qui peuvent  
71 exploser et puis voilà. Il faut laisser la douleur sortir parce qu'il y a peut-être aussi un ras le bol  
72 pour le personnel aussi hein.

73 **Moi : oui je n'en doute pas une seconde.**

74 Martine : Eh oui d'être confronté à ça et puis pas être habitué à ça et puis pas savoir comment  
75 faire avec les gens. C'est très difficile l'approche avec les résidents qui ont un comportement  
76 comme ça voilà quoi.

77 **Moi : d'accord, je passe à la 2<sup>e</sup> question qui est pensez-vous que la violence et/ou  
78 l'agressivité fassent partie de votre travail ?**

79 Martine : bien sur oui parce que déjà la violence on la rencontre dans la vie de tous les jours  
80 donc par rapport à la personne âgé qui vit dans un établissement qu'il n'a peut être pas choisit,  
81 on leur impose parfois ce placement, ou du fait de leurs pathologies, par rapport à leur caractère,  
82 par rapport à leur vie d'antan hein qui peuvent ressortir au moment de la vieillesse, des  
83 souffrances. Moi j'ai connu une dame qui était très désagréable, je ne la connaissais pas  
84 spécialement hein, une résidente toute nouvelle pour moi qui n'était pas gentille du tout envers-  
85 moi dans ses paroles et une fois je suis entrée dans sa chambre en chantant.

86 **Moi : ah la bonne humeur (rire).**

87 Martine : toujours la bonne humeur (rire), cette dame me dit vous chantez bien, et le fait de  
88 chanter tout ça on a créé un premier lien si tu veux, un lien de conversation c'est là qu'elle m'a  
89 confiée que dans le temps, elle était malheureuse, qu'elle avait fait la guerre, elle était dans une  
90 ferme, elle travaillait et elle avait été battue et violée.

91 **Moi : ah la pauvre dame.**

92 Martine : moi derrière tout ça, derrière son discours, j'ai pu comprendre pourquoi elle était  
93 agressive.

94 **Moi : finalement tu as su décrypter ce qui se cachait derrière ce comportement ?**

95 Martine : voilà oui en tout cas j'ai essayé de comprendre pourquoi elle était agressive. Parce  
96 qu'on n'est pas forcément agressif pour dire on est agressif, c'est bien parce qu'on a subi dans  
97 sa jeunesse, ou dans sa vie des agressions qu'ils n'ont pas pu extérioriser. Peut-être qu'il n'y  
98 avait pas de psychologue a cet époque-là je ne sais pas et par rapport à ça déjà il faut essayer de  
99 comprendre pourquoi parce qu'il y a toujours un pourquoi. C'est sur quand le résident veut  
100 s'exprimer bah parfois il s'exprime par la colère, par des gestes voilà hein.

101 **Moi : oui c'est vrai chacun s'exprime comme il peut avec les moyens qu'il a je suis**  
102 **d'accord. Alors ensuite, quelles sont les répercussions de la violence sur la relation**  
103 **soignant-soigné ?**

104 Martine : alors la si on n'en parle pas ça peut devenir dramatique. Avant on avait des groupes  
105 de paroles et plus maintenant. Je trouve ça dommage parce que c'était très bien tu vois, on  
106 pouvait échanger sur nos difficultés sans jugement hein voilà par rapport à des entrées de  
107 résident, de la violence qu'il pouvait y avoir mais aussi au niveau du personnel.

108 **Moi : oui c'est vrai.**

109 Martine : et les groupes de parole ça me manque un peu ici. Il faut libérer la parole mais sur  
110 tous les sujets tu vois.

111 **Moi : d'accord, tu penses qu'ici il devrait être mise en place de temps en temps le groupe**  
112 **de parole, en plus sauf erreur de ma part il y a un psychologue dans l'établissement.**

113 Martine : oui ça permettrait de défaire les rancœurs entre collègues déjà hein.

114 **Moi : oui puis souvent les non-dits peuvent être générateur de mauvais ambiance.**

115 Martine : ah beh là c'est le pire oui. Dire les choses ce n'est jamais facile non plus parce que ta  
116 pas envie de blesser. Et le groupe de parole pour moi c'est important dans une équipe et d'autant  
117 plus importante ici parce qu'il y a pleins de personnels et parce que ce n'est pas toujours évident  
118 d'aller voir la directrice et d'aller se plaindre en gros hein. De tout garder pour soi créer un mal-  
119 être au travail, conduit au burn-out et c'est la décadence voilà.

120 **Moi : donc en fait si je résume tes dires la violence est bien présente du coté résidents et**  
121 **elle est également présente au sein de l'établissement entre collègues. Ça entraîne des**  
122 **répercussions sur le soin finalement ou pas ? parce que c'est intéressant ce que tu dis, tu**  
123 **dis on n'est pas bien dans notre travail.**

124 Martine : oui c'est vrai, ça se répercute forcément sur la prise en charge du patient. Dès l'instant  
125 où tu n'es pas bien dans ton travail, t'a un mal-être, si tu ne peux pas discuter, partager ou  
126 essayer de trouver je ne sais pas heu une entente pour moi il y a des répercussions sur le soin.

127 **Moi : d'accord, alors avant dernière question qui est comment agissez-vous lorsque le**  
128 **patient est annoncé agressif où violent ?**

129 Martine : alors déjà j'écoute les transmissions ce que mes collègues me disent, je regarde  
130 également la transmission d'entrée faite par l'infirmière hein parce qu'il y a des informations  
131 importantes, déjà on est avisé, on est averti de ces informations là et par rapport au résident et  
132 bien j'observe, je suis dans l'observation, l'écoute voilà. Comme on a une première analyse on  
133 va faire avec le résident tout en peut-être en intégrant des choses oui peut-être par rapport à je  
134 ne sais pas moi bon on va dire une position, il est peut être mal par rapport à un moment de la  
135 journée ou voilà il y a plusieurs je dirais moment de la journée on il peut être pas bien de la  
136 journée. Il est agressif et la nuit il ne va pas être agressif.

137 **Moi : d'accord oui**

138 Martine : après c'est à nous aussi de transmettre des informations de la nuit afin que voilà on  
139 essaie de jongler on va dire avec son attitude, avec son agressivité s'il y a. à quelle période à  
140 quel type d'agressivité pour donner des soins appropriés peut être par rapport à cette personne-  
141 là.

142 **Moi : d'accord mais tu pars du coup avec un a priori ?**

143 Martine : bah un à a priori pas forcément, non pas forcément. Nous on a des informations, moi  
144 je ne pars pas sur un a priori. On sait qu'il peut être comme ça.

145 **Moi : voilà tu ne te fie pas textuellement à ce que tes collègues te disent.**

146 Martine : voilà je suis dans l'observation, sur la longueur même le temps on va dire hein parce  
147 que ce n'est pas sur une nuit. J'observe sur le temps hein parce qu'il peut être agressif parce  
148 qu'il vient de rentrer, il n'a pas ses habitudes, il a pas de repère, il n'a rien de tout ça donc c'est  
149 sur le temps qu'on voit les choses.

150 **Moi : oui ce n'est pas faux.**

151 Martine : après comme je te le disais pour la dame, il peut y avoir une agressivité par rapport à  
152 une histoire de sa vie qu'on ne connaît pas ou par rapport à un mal-être, sur son autonomie ou  
153 son corps tu vois mais après c'est avec le temps qu'on sait, on ne dit pas il est agressif il sera  
154 toujours agressif. Non on voit avec le temps, libérer la parole quand ils peuvent s'exprimer mais  
155 ils peuvent l'exprimer dans leurs gestes dans leur mimique dans leur mal-être avec un faciès  
156 fermé hein tu sais le faciès parle parfois beaucoup plus que le reste.

157 **Moi : oui puis la nuit on est souvent les confidents.**

158 Martine : bien sûr, c'est là où le travail est intéressant aussi. Après chaque poste a son  
159 importance ici comme ailleurs hein. Puis on a le psychologue maintenant donc c'est vrai que  
160 quand il y a un problème il intervient et nous fait un retour par la suite.

161 **Moi : d'accord merci, je passe à la dernière question qui est donc peux-tu me raconter**  
162 **une situation que tu as dû gérer ? ici ou ailleurs peu importe.**

163 Martine : alors il y en a pleins (rire).

164 **Moi : bah tu m'en racontes une toute petite si tu veux bien (rire).**

165 Martine : c'est la dernière question, ce n'est pas la plus facile (rire). Quand on connaît bien la  
166 personne, quand on a analysé la personne on va dire monsieur X dans ce secteur-là,

167 **Moi : oui je vois d'accord.**

168 Martine : voilà on sait comment il fonctionne et là c'est un bijou après ce monsieur dans le sens  
169 tu sais comment le prendre. Tu peux l'approcher sans problème hein je lui dis bonjour il me fait  
170 le bisou, il me fait le câlin, tu vas bien, et je vais m'exprimer sur le tutoiement aussi parce que  
171 le tutoiement je trouve que pour les personnes Alzheimer ou démentes heu le prénom et le  
172 tutoiement ils sont plus réceptifs moi je trouve hein, plus réceptif à ce qu'on leur demande.  
173 Quand on dit vous, c'est un étranger.

174 **Moi : d'accord le tutoiement se discute avec la directrice, les familles etc.**

175 Martine : j'ai une résidente qui est atteinte de la maladie d'Alzheimer ici, je l'ai connue en foyer  
176 logement que j'ai vu décliner petit à petit donc on a parlé avec la cadre infirmière parce que  
177 quand je l'appelais par son prénom et que je la tutoyais elle était très réceptive et j'arrivais à  
178 obtenir des choses très positives de la part de cette résidente. Donc ce que j'ai obtenue c'est que  
179 je peux tutoyer cette personne en chambre et l'appeler par son prénom en privé puis la vouvoyer  
180 en public. Parce qu'elle ne pouvait pas s'exprimer dans son mal-être donc c'était compliqué. Un  
181 résident qui est dans le refus de la toilette parce qu'elle a mal dormi la nuit parce qu'elle était  
182 contrariée voilà, on essaie de savoir pourquoi elle refuse cette toilette hein après on s'adapte par  
183 rapport à la personne ce jour-là bah on fera juste une petite toilette tu vois.

184 **Moi : oui tu ne forces pas à faire les choses.**

185 Martine : voilà je ne force pas les choses. Il faut toujours minimiser, d'apaiser des choses hein  
186 faut jamais y aller d'un pas déterminer parce que là ça va au clash forcément hein.

187 **Moi : oui puis il faut respecter les choix du résident aussi.**

188 Martine : oui puis même pour nous c'est enrichissant dans le sens si tu vas au clash tu te remets  
189 en question.

190 **Moi : oui enfin là le mieux est de respecter le résident et les choix qu'il fait, après tu me**  
191 **parlait de la toilette mais si la toilette est faite l'après-midi ce n'est pas grave puisque tu**  
192 **me parlais d'adaptation plus haut.**

193 Martine : bah forcément oui, on n'est pas le pas là pour envenimer les choses.

194 **Moi : est-ce que tu penses qu'une formation sur la gestion de l'agressivité et de la violence**  
195 **ça pourrait être intéressant ? est-ce que c'est quelque chose qui vous manque à vous les**  
196 **filles de nuit ici ou pas ?**

197 Martine : ah oui bien sûr toutes formations est de toute façon intéressante. Après, moi j'ai appris  
198 à gérer les crises par rapport à mes divers métiers, l'expérience est aussi importante je pense.  
199 Mais oui je ne suis pas contre une petite formation sur la gestion on apprend tous les jours  
200 comme on dit.

201 **Moi : eh bien voilà martine l'entretien est terminé, je te remercie d'être venue sur ton**  
202 **repos, je te souhaite une bonne continuation de nuit et bon courage.**

203 Martine : merci Julie bon courage à toi aussi et peut être que tu seras infirmière ici hein qui  
204 c'est en tout cas ce serais un plaisir (rire).

ENTRETIEN N°4 : IVAN IDE EHPAD

1 **Bonjour je m'appelle Julie, je suis étudiante infirmière en fin de 3e année. J'ai dans le**  
2 **cadre de mes études un mémoire à constituer et je te remercie d'accepter de participer à**  
3 **l'élaboration de celui-ci par le biais de cet entretien. Le thème de ce mémoire est la**  
4 **violence dans les soins. Cet entretien s'articulera autour de 5 questions. Voilà si tu peux**  
5 **te présenter nous dire un peu bah ta carrière depuis quand tu es diplômée etc.**

6 Ivan : alors je suis diplômé depuis juillet 2016, j'ai commencé l'intérim directement cette année-  
7 là.

8 **Moi : d'accord**

9 Ivan : depuis je ne fais que de l'intérim par choix dans divers services et variés. Je suis  
10 intérimaire dans cet établissement depuis 4-5 mois maintenant.

11 **Moi : d'accord merci Yvan, donc on n'est parti pour les questions. À quel type de violence**  
12 **êtes-vous confrontez au sein de l'établissement ? est-ce que c'est de la violence verbale ?**  
13 **physique ? les deux ?**

14 Ivan : alors c'est un peu les deux je dirai avec les pathologies, les démences il y a parfois des  
15 passages à l'acte sur d'autres résidents.

16 **Moi : d'accord ouais**

17 Ivan : donc la violence elle est entre résidents et elle peut être aussi adressée envers le personnel  
18 soignant également voilà.

19 **Moi : d'accord merci. Donc question suivante : pensez-vous que la violence et l'agressivité**  
20 **fassent parties de votre travail ? c'est-à-dire que quand tu es venu travailler dans cet**  
21 **établissement pour personnes âgées est-ce que tu t'attendais à être confronté à de la**  
22 **violence et/ou de l'agressivité ou pas du tout ?**

23 Ivan : alors là, je dirai d'abord que de la violence il y en a partout malheureusement que ce soit  
24 au travail, dans la vie personnelle, professionnelle. Après il faut garder à l'esprit qu'il n'y a pas  
25 de la violence tous les jours et heureusement.

26 **Moi : d'accord oui, mais du coup toi qui va partout du fait de ton statut d'infirmier**  
27 **intérimaire tu as forcément été confronté au sujet à un moment donné ?**

28 Ivan : oui tu as raison, je dirai en maison de retraite ou dans les services publics où il y a un  
29 manque de personnel ce qui peut générer de l'agressivité de la part du soignant envers le  
30 résident.

31 **Moi : ok d'accord, donc si je résume ce que tu dis le manque de personnel dans le milieu**  
32 **médical peut être générateur de violence et/ou d'agressivité ?**

33 Ivan : c'est un motif à ne pas négliger oui le manque de personnel. Après avec l'agacement ça  
34 peut être aussi un soignant qui sans s'en rendre compte fait preuve d'agressivité envers les  
35 résidents par manque de personnel, la fatigue accumulée à force d'enchaîner les jours etc.

36 **Moi : donc tu penses que la fatigue est vectrice d'un comportement agressif ?**

37 Ivan : oui tout à fait comme le manque de moyens aussi. Tout peut générer de l'agressivité  
38 malheureusement. Parce que c'est stressant tout ça il faut être honnêtes. Si on travailler dans de  
39 meilleures conditions peut-être qu'il y aurait moins de soucis aussi.

40 **Moi : oui ce n'est pas faux, disons que ça se discute, je te propose la question suivante :**  
41 **quelles sont les répercussions de cette violence sur la relation soignant-soigné ?**

42 Ivan : les répercussions ? ce sont plus des répercussions envers le résident parce que nous on  
43 n'est pas forcément enfin nous on tourne la page. On n'est pas là pour rester figé sur une situation  
44 compliquée. Déjà, parce que la personne peut mal se sentir un jour, faire n'importe quoi, ou  
45 louper son traitement une fois et voilà quoi.

46 **Moi : donc là c'est plus quand il y a les pathologies compliquées ?**

47 Ivan : après y a des pathologies on ne peut rien faire hein ! un jour le résident sera bien et le  
48 lendemain il sera moins bien. Il n'aura peut-être pas bien dormi, aura vu sa famille etc.

49 **Moi : et du coup dans ces situations est-ce que tu passes la main pour ne pas altérer la**  
50 **relation soignant-soigné ? quand tu vois que c'est compliqué avec le résident ?**

51 Ivan : ah oui bah si je vois que je ne vais pas y arriver oui je passe la main parce que ça ne sert  
52 à rien d'insister. En fait, tu essaie de négocier mais ça ne marche pas toujours, et si je vois que  
53 ce n'est pas possible, soit je repasse plus tard soit je passe la main si c'est vraiment plus possible  
54 car d'insister ce n'est pas une bonne solution surtout quand le dialogue est rompu.

55 **Moi : d'accord merci Yvan. C'est l'avant dernière question : comment agissez-vous**  
56 **lorsque le patient est annoncé comme agressif ou violent ?**

57 Ivan : alors, d'abord j'évalue, je me fais ma propre idée parce que ce n'est pas parce qu'il a été  
58 agressif avant qu'il le soit forcément ici. Je vais me présenter, discuter avec lui et s'il se montre  
59 agressif je cherche à savoir pourquoi il se montre agressif.

60 **Moi : d'accord.**

61 Ivan : surtout que le changement de cadre quelquefois peut être la cause d'un changement de  
62 comportement. Souvent les personnes qui arrivent quittent le domicile et il y a une perte des

63 repères qui reste compréhensibles finalement. C'est un nouveau lieu donc il faut un temps  
64 d'adaptation, une acceptation de ce changement de vie parfois radical.

65 **Moi : oui, puis il y a l'isolement familial aussi, parfois les résidents arrivent en**  
66 **établissement mais la famille est éloignée. Est donc le soutien familial compliqué.**

67 Ivan : bah oui c'est ça, ils arrivent malheureux de quitter la maison qu'ils ont construites pour  
68 certains. Puis il faut se faire aux règles de la structure sur les horaires des repas, des soins etc.  
69 Puis il y a des résidents qui arrivent mais qui pensent être là pour 15 jours et qui finalement  
70 reste ici jusqu'à la fin de leur vie (la famille ne veut pas dire la vérité, là c'est dur). Tout ça c'est  
71 de la souffrance et donc ça génère une forme de violence fatalement déjà par la douleur soit par  
72 des angoisses.

73 **Moi : oui c'est vrai que dans les établissements pour personnes âgées il y a des règles à**  
74 **respecter la journée est rythmée sur les horaires et il est vrai que même si le résident à**  
75 **peu dormi, à 7h du matin il sera réveillé, il aura son petit déjeuner, aura la toilette, sera**  
76 **descendu en salle télé dans l'attente du repas de midi... finalement le résident perd peu à**  
77 **peu de son identité, il ne gère plus vraiment sa vie, les soignants la gère pour lui ce qui**  
78 **finallement engendre parfois des comportements difficiles et à la fois compréhensibles.**

79 Ivan : oui c'est ça, il faut garder en tête qu'il y a un deuil d'une ancienne vie quand ils arrivent  
80 ici. Souvent ils sont veufs ou veuves en plus et donc arrivent seuls donc là en fonction du plan  
81 de table on réfléchit pour mettre le résident à une table où il pourra faire connaissance (si c'est  
82 possible bien sûr) afin de l'intégrer au mieux parmi nous tous.

83 **Moi : d'accord merci, dernière question Yvan est-ce que tu peux me raconter une**  
84 **situation que tu as dû gérer ici ou ailleurs ?**

85 Ivan : alors heu bah écoute des situations j'en ai mais je vais te raconter la dernière en date de  
86 la semaine dernière.

87 **Moi : super**

88 Ivan : on a dans la résidence un groupe de dames qui sont tu as du voir toujours assise à l'accueil  
89 sur les fauteuils.

90 **Moi : ah oui je vois.**

91 Ivan : l'autre jour, j'étais dans l'infirmerie et je vois une résidente passée en pleur. Cette  
92 résidente à une petite démence et c'est vrai que parfois elle cherche à partir elle pleure beaucoup  
93 donc je ne me suis pas questionné plus que ça. Je vois mes collègues prendre cette résidente

94 pour l'amener devant la télé dans le salon, j'entends des cries du groupe de dames qui lui dise  
95 on ne te veut pas ici ce sont nos fauteuils, ta rien à faire ici.

96 **Moi : ah oui elles ne voulaient pas que la résidente prenne place avec elle sur les fauteuils ?**

97 Ivan : oui c'est ça. Du coup je sors de l'infirmerie, je vais voir le groupe et je demande ce qui  
98 se passe. Une résidente se lève se dirige vers moi de façon brutale et me dit ta rien à faire ici toi  
99 aussi dégage. Cette dame était virulente ce qui ma interpellée parce que d'habitude elle ne parle  
100 pas mal aux soignants. J'ai entamé une discussion longue avec ces dames en expliquant que les  
101 fauteuils étaient pour tout le monde etc. j'ai essuyé des insultes bien sûr (rire) mais finalement  
102 le calme est revenu par la suite.

103 **Moi : d'accord.**

104 Ivan : j'ai quand même demandé par précaution à ce que la résidente soit surveiller pour que  
105 cela ne dérape pas à nouveau. Mais ça va elle a regardé la télé tranquillement. Ce groupe de  
106 dames est fort et parfois et bien il y a des problèmes entres elles. Mais ça reste des disputes qui  
107 se gèrent encore heureusement. On en parle par la suite en transmissions avec la cadre parce  
108 que parfois ça peut aller jusqu'au mains et ça ce n'est pas possible voilà j'espère que ça t'aidera  
109 pour ton mémoire (rire).

110 **Moi : oui merci Yvan, je te remercie et bonne continuation à toi.**

111 Ivan : avec plaisir (rire). Bonne continuation à toi aussi.

ENTRETIEN N°5 : MARINE IDE

1 **Bonjour, je me présente, Julie je suis étudiante infirmière en fin de 3<sup>e</sup> année à l'IFSI**  
2 **d'Avignon, dans le cadre de mon travail de fin d'études qui porte sur la violence dans les**  
3 **soins, j'aurai quelques questions à vous poser. Avant que l'entretien débute acceptez-vous**  
4 **que j'enregistre celui-ci ? je me suis engagé auprès de votre cadre de service pour effacer**  
5 **le contenu de l'entretien dès qu'il sera retranscrit.**

6 Marine : oui je n'ai pas de souci avec ça j'ai été étudiante aussi y a pas si longtemps d'ailleurs  
7 (rire).

8 **Moi : Voilà si vous le voulez bien nous pouvons commencer. Donc si vous le voulez bien,**  
9 **pouvez-vous vous présenter et nous expliquer un peu votre parcours, je vous laisse la**  
10 **parole.**

11 Marine : Bonjour Julie, alors moi, Je m'appelle Marine, je suis infirmière depuis 2019, j'ai fait  
12 mon stage pré professionnel aux urgences à \*\*\*\*\*, du coup immédiatement après j'ai été  
13 embauchée aux urgences de \*\*\*\*\*. J'ai travaillé le premier été 2019 là, à la suite de ça il y  
14 avait plus de postes de jours parce que les congés de tout le monde étaient terminés et ils sont  
15 revenues. Donc ils me proposaient un poste de nuit que j'ai décliné puisqu'entre temps j'avais  
16 déménagé donc ça me faisait trop de route, du coup je suis venue ici parce qu'à ce moment-là  
17 l'hôpital recruté sur un poste de jour aux urgences.

18 **Moi : d'accord ok.**

19 Marine : Donc j'ai fait que de l'urgence depuis que je suis diplômée. Voilà et depuis septembre  
20 2019 je suis ici et ça n'a pas bougé.

21 **Moi : D'accord très bien merci. Alors du coup le sujet de mon mémoire porte sur la**  
22 **violence dans les soins.**

23 Marine : D'accord c'est parfait.

24 **Moi : la première question est la suivante : à quel type de violence êtes-vous confronté le**  
25 **plus souvent au sein du service ?**

26 Marine : hum, je dirais plus la violence verbale, euh parce que les gens quand ils arrivent, ils  
27 ne savent pas ce qu'ils ont, ils sont inquiets, ils ont mal donc la plupart du temps c'est plus au  
28 début qu'ils peuvent être violents. Après une fois qu'ils sont pris en charge en fait, ça va mieux.  
29 Déjà, ils sont beaucoup plus violents avec les agents administratifs, verbalement je parle, parce  
30 qu'eux ils sont que dans l'administratif donc ils n'ont pas de solution médicale où paramédicale  
31 à leur donner et donc du coup c'est vrai qu'ils sont encore dans l'énervement. Du moment où

32 déjà ils sont pris en charge par l'infirmière d'accueil c'est déjà autre chose ils ont plus le même  
33 ton de voix, mais bon y a quand même de l'énervement et de la violence verbale, tant qu'ils ont  
34 mal. Après quand ils sont soulagés par une perfusion ou les médicaments ça va mieux. Après  
35 il nous arrive de, en fait aux urgences on a des gens enfin des patients qui sont amenés par la  
36 gendarmerie et on doit faire un « accord médical » comme quoi ils sont aptes avec une garde à  
37 vue.

38 **Moi : D'accord.**

39 Marine : donc c'est moments-là, c'est un peu plus violent, même parfois physiquement, les  
40 gens sont menottés parce qu'ils refusent qu'on leur prenne la tension, ils refusent de répondre à  
41 nos questions toutes simples, sur les allergies ou des choses comme ça voilà. Après il va y avoir  
42 aussi de la violence des familles,, toujours verbale aussi, puisque pareil l'énervement d'attendre  
43 de pas savoir ce qui se passe, en plus depuis le COVID on a les visites qui sont interdites dans  
44 l'enceinte des urgences donc ça arrange pas parce que ils attendent soit chez eux, donc ça se  
45 passe bien, si ils attendent chez eux ils nous appellent régulièrement c'est pas un problème, soit  
46 s'ils attendent dans la salle d'attente le temps est long pour eux donc forcément ils s'énervent.

47 **Moi : D'accord.**

48 Marine : Après ils nous arrivent d'avoir des patients quand même qui en viennent aux mains  
49 qu'on est obligé de mettre sous contentions chimiquement et physiquement, du coup voilà mais  
50 sinon après on n'est pas dans un secteur où la violence est quand même prédominante. Ici pour  
51 avoir travaillé à \*\*\*\*\*, c'est pas du tout la même population. Nous ici on a beaucoup de petits  
52 villages avec des personnes âgées donc c'est vrai que les gens sont contents de leur petit hôpital  
53 de secteur et généralement on n'a pas trop de problèmes quand même.

54 **Moi : Ensuite la deuxième question c'est pensez-vous que la violence et l'agressivité fasse  
55 partie de votre travail ?**

56 Marine : Que nous soyons violents ?

57 **Moi : non pas du tout, que du coup dans la profession infirmière aux urgences ben voilà  
58 comme vous venez de le dire vous êtes confronté malheureusement à des patients agressifs  
59 voir violents.**

60 Marine : Je pense que oui ça fait partie de notre travail, parce que du coup comme on y est  
61 confronté on est obligé de savoir à peu près comment réagir même si on n'a pas toujours la  
62 bonne solution, mais on est quand même obligé de savoir comment réagir. Prendre du recul, se  
63 dire que ce n'est pas contre nous mais l'institution en général à moins qu'il y ait quelque chose

64 de personnel avec la personne mais généralement c'est plus envers l'hôpital qu'ils en veulent  
65 que nous personnellement, donc faut arriver à se détacher complètement et mais bon après c'est  
66 pas toujours ça. Parfois, ce sont des gens qui peuvent nous rappeler d'autres gens de notre passé  
67 ou dans notre vie, y a quelquefois où c'est difficile mais globalement c'est quand même bien et  
68 puis bon on travaille en équipe donc s'il y a quelqu'un qui a du mal avec un patient on peut  
69 facilement se donner le relais entre nous donc ça va.

70 **Moi : d'accord très bien, ensuite quelles sont les répercussions de cette violence sur la**  
71 **relation soignant-soigné ?**

72 Marine : beh forcément même si on voudrait que ça ne se passe pas, si on se sent agressé, on a  
73 tendance à peut-être soit se mettre en recul, soit être agressif verbalement nous aussi en  
74 répondant sèchement ou en pas répondant donc c'est vrai que ce n'est pas une solution mais  
75 quand c'est difficile quand même de faire la part des choses. Voilà après on peut facilement et  
76 beaucoup de personnes l'entendent, si quelqu'un nous parle mal, leur dire vous n'avez pas à  
77 parler comme ça, ce n'est pas ma faute ce qui vous arrive donc voilà, la plupart des patients  
78 même comprennent ce que l'on ce qu'on leur dit et après je change d'intonation.

79 **Moi : ah d'accord on peut se permettre de les recadrer ?**

80 Marine : oui on peut se permettre de les recadrer mais après en étant poli et sans manquer de  
81 respect. Mais on peut leur dire vous n'avez pas à me parler comme ça je suis pas là pour me  
82 faire insulter.

83 **Moi : D'accord très bien.**

84 Marine : donc oui on les recadrer gentiment (rire).

85 **Moi : Après comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé comme agressif où**  
86 **violent ? du coup quand le patient arrive aux urgences et qu'on vous dit, ce monsieur a**  
87 **été agressif lors de la prise en charge avant d'arriver ?**

88 Marine : heu beh on va peut-être plus s'y mettre à plusieurs, ouais appeler des hommes enfin  
89 c'est tout bête mais c'est vrai que pour une femme moi je ne suis pas très grande, je suis jeune,  
90 voilà donc c'est vrai que c'est plus facile de faire appel aux hommes. Parce que de toute façon  
91 le patient va voir la jeune infirmière se dire bon celle-là je vais en faire une bouchée quoi. Donc  
92 pour répondre franchement à votre question c'est vrai que la plupart du temps, on fait venir le  
93 médecin avec nous ou des ambulanciers ou des aides-soignants et du coup par leur carrure déjà  
94 ça met un recul à l'agitation et à la violence quoi des personnes qui sont violentes. après bah si  
95 vraiment on est inquiet parce que parfois c'est des patients qu'on connaît, leur passé

96 psychiatrique et tout ça on sait d'avance qui va y avoir un problème donc beh d'avance avec le  
97 médecin on voit ce qu'on peut mettre en place de suite. Faire une IM par exemple pour le calmer  
98 directement à son arrivée et qu'on n'ait pas de souci quoi le but c'est qu'on ne soit pas blessé  
99 en fait.

100 **Moi : d'accord, vous devancez le problème. Mais du coup, un patient qui arrive en état**  
101 **d'agitation, vous ne pensez pas que sa réaction pourrait être pire en voyant beaucoup de**  
102 **personnes autour de lui à son arrivé et que ça ne fasse qu'aggraver son état**  
103 **d'énervement ?**

104 Marine : oui tout à fait, c'est quelque chose que nous avons en tête tous ici. Mais nous ne  
105 pouvons pas prendre le risque de prendre des coups ou d'être insulté et pas arriver à prodiguer  
106 les soins. Mais c'est vrai que vu comme ça, ça peut paraître très violent, mais comment dire bah  
107 ici ce sont les urgences on n'a pas le choix.

108 **Moi : d'accord, et pour finir, dernière question pouvez-vous me raconter une situation de**  
109 **violence que vous avez dû gérer ?**

110 Marine : oui Bah c'était un patient qui était installé depuis la nuit, moi je suis arrivée le matin,  
111 faut juste que je me remette un peu les idées en place (rire), non il venait d'arriver. Il venait  
112 d'arriver c'est moi qui l'ai accueilli et donc il était très agité. Il était dans son délire psy heu et il  
113 ne comprenait pas qu'il fallait qu'on lui fasse une perfusion et tout ça et donc on arrive tant bien  
114 que mal en lui bloquant un petit peu à plusieurs les bras et tout, à lui poser la perfusion et puis  
115 30 min après je repasse devant son box, il était assis en train d'essayer de s'arracher la perfusion.  
116 Donc moi j'y vais forcément, je n'ai pas le temps d'appeler quelqu'un et j'y vais j'essaie de lui  
117 tenir le bras mais il m'a lâché le bras et il m'a envoyé une baffe dans le visage. Du coup à ce  
118 moment-là il y a un ambulancier qui est arrivé qui a vu la scène qui est venue le bloquer et qui  
119 m'a dit va vite chercher un médecin. Donc de là on a mis en place des contentions physiques  
120 pour le patient et d'ailleurs pour mettre en place des contentions physiques on est obligés de  
121 mettre une contention chimique.

122 **Moi : D'accord ok, c'est la procédure aux urgences ?**

123 Marine : oui c'est la procédure ici en tout cas, ça reste une prescription médicale donc sur le  
124 coup, nous on les a mises après bien sûr on a demandé quand même au médecin son accord et  
125 puis après Bah il nous a prescrit ce qu'il fallait pour le calmer et pour qu'il y ait plus de problème.

126 **Moi : d'accord, donc comme dans les services les contentions, en fait elles sont prescrites**  
127 **par le médecin et s'il n'y a pas de médecin vous ne pouvez pas les poser du coup ?**

128 Marine : Nous, on a toujours des médecins aux urgences 24h sur 24 donc c'est vrai que c'est  
129 différent que dans d'autres services, mais oui ça reste une prescription médicale. Après comme  
130 ici on est aux urgences, dans l'urgence on peut les placer mais après pour les garder il faut quand  
131 même qu'il y ait un accord qui arrive.

132 **Moi : D'accord merci, et juste une petite question qui me vient avec deux petites minutes**  
133 **de plus à m'accorder ?**

134 Marine : oui avec plaisir.

135 **Moi : vous avez des formations sur la violence dans le programme de votre**  
136 **établissement ?**

137 Marine : Sur la violence ?

138 **Moi : oui ou sur la gestion de la violence.**

139 Marine : alors sur la gestion de la violence pas du tout. Cependant on a une formation  
140 d'infirmière accueil et dedans il y a la gestion du stress, la gestion du flux donc il y a quand  
141 même une petite discussion sur le sujet mais ce n'est pas une formation à part entière.

142 **Moi : Et c'est quelque chose qui vous manque dans l'exercice de votre profession ?**

143 Marine : ça pourrait oui, parce que y a parfois où peut-être qu'on va s'emporter parce qu'on est  
144 humain et que si ça se trouve si on avait l'art et la manière de parler à certaines personnes ça  
145 pourrait faire calmer directement le jeu et on en parle plus quoi. Donc c'est vrai que parfois peut  
146 être qu'on s'énerve alors qu'il ne faudrait pas mais bon après y a des jours avec et des jours sans  
147 on voit bien ce n'est pas parce qu'on est professionnel, on peut avoir une mauvaise journée  
148 comme tout le monde quoi, mais oui je pense que ça pourrait être intéressant d'avoir une  
149 formation sur les violences.

150 **Moi : c'est quelque chose que vous pourriez demander et avoir facilement ?**

151 Marine : alors, je ne sais pas si la formation existe, si c'est possible qu'elle existe, mais en tout  
152 cas les formations, enfin en tout cas ici, assez facilement on nous envoie en formation. Par  
153 exemple, on n'a pas de maternité ici, du coup aux urgences toutes les infirmières on a une  
154 formation d'accouchement.

155 **Moi : ah c'est super ça.**

156 Marine : voilà y a plein de petites formations comme ça où ils nous envoient au GIPES à  
157 A\*\*\*\*\* et là bientôt on va tous partir en formation aux urgences pédiatriques donc voilà on a  
158 accès à pleins de formations donc je pense que si c'était vraiment une demande de toute l'équipe  
159 en disant on est en souffrance on reçoit beaucoup trop de violence tout ça est ce qu'on pourrait

160 avoir une formation je pense que ça se ferait mais voilà comme je disais au début on est pas  
161 trop dans une région où les gens sont vraiment très violents donc ça reste encore viable quoi.  
162 **Moi : d'accord marine, l'entretien est terminé, je vous remercie de m'avoir accordé du**  
163 **temps pour répondre à ces questions, et je vous souhaite une bonne continuation.**  
164 Marine : de rien c'est normal, puis je sais ce que c'est, je vous souhaite bon courage c'est la fin  
165 il faut s'accrocher parce que le mémoire ce n'est pas facile (rire).

ENTRETIEN N°6 : JOHANNA IDE URGENCES

1 **Bonjour, je me présente, Julie je suis étudiante infirmière en fin de 3<sup>e</sup> année à l'IFSI**  
2 **d'Avignon, dans le cadre de mon travail de fin d'études qui porte sur « la violence dans**  
3 **les soins », j'aurai quelques questions à vous poser. Avant que l'entretien débute acceptez-**  
4 **vous que j'enregistre celui-ci ? d'accord, oui je suis ok. Je me suis engagé auprès de votre**  
5 **cadre de service pour effacer le contenu de l'entretien dès qu'il sera retranscrit.**

6 Johanna : d'accord, je m'appelle Johanna je suis sortie du bac à 18 ans, après j'ai fait un an de  
7 prépa et après j'étais la dernière année sur concours donc j'ai passé mon concours et j'ai fait mes  
8 3 années d'études.

9 **Moi : d'accord donc diplômée là de, c'est récent quoi. (Ça tape à la porte donc je coupe**  
10 **l'enregistrement). 5min après je remets l'enregistrement en route. Donc Je ne sais plus,**  
11 **donc oui et donc diplômé de pas longtemps.**

12 Johanna : ça fait ouais pas longtemps je suis issue du dernier concours 2018. Ça fait 1 an et  
13 demi.

14 **Moi : alors donc Ben je vais vous poser les questions. Donc y en a 5. La première étant :**  
15 **à quel type de violence êtes-vous confrontez le plus souvent au sein du service ?**

16 Johanna : beh du coup y a la violence physique, la violence verbale et après heu...

17 **Moi : majoritairement physique ? ou enfin verbale plutôt ? (La photocopieuse se met en**  
18 **route et fait beaucoup de bruit. Le soignant entre dans la pièce pour venir prendre les**  
19 **papiers, discute donc je coupe l'enregistrement). Je remets l'enregistrement dès le départ**  
20 **du soignant.**

21 Johanna : la plupart du temps c'est de la violence verbale, après de temps en temps ça arrive  
22 que ce soit de la violence physique.

23 **Moi : là malheureusement les gens n'arrivent pas toujours à se contenir et puis y a la**  
24 **souffrance derrière.**

25 Johanna : beh c'est ça, souvent c'est causé par la maladie.

26 **Moi : ok merci, Pensez-vous que la violence et l'agressivité fasse partie de votre travail ?**  
27 **Alors pas vous, vous n'êtes pas violent, mais est-ce que du coup ça en fait partie quand on**  
28 **travaille aux urgences.**

29 Johanna : ben malheureusement on est obligé d'y faire face à un moment donné parce que, enfin  
30 on ne remet pas la cause sur les patients ce ne sont pas leurs fautes, ce n'est pas volontaire. La  
31 plupart du temps ben c'est la maladie soit la maladie psychiatrique, soit la maladie chez la

32 personne âgée la démence quelquefois ils ne se rendent pas compte et puis ben  
33 malheureusement voilà mais ça ne devrait pas (rire) parce que oui on préférerait travailler  
34 autrement mais malheureusement ce n'est pas dépendant. Ça dépend de la maladie de la  
35 personne.

36 **Moi : est-ce que c'est surtout lorsque vous recevez des patients atteints de pathologies**  
37 **psychiatriques ou c'est aléatoire ?**

38 Johanna : alors physique, souvent les patients psychiatriques sont quand même les plus agités.  
39 Les personnes âgées aussi avec les démences peuvent être agitées c'est vrai et après verbal  
40 cependant ça j'avoue que ça peut être tout âge. Les gens ne se rendent pas forcément compte.

41 **Moi : c'est le lieu, qui fait qu'enfin je veux dire le mot urgence déjà il effraie ?**

42 Johanna : je ne sais pas si ça effraie les gens mais le fait souvent qu'il y ait de l'attente que bah  
43 quelquefois ils ne nous voient pas pendant un petit moment donc je pense ils doivent s'inquiéter  
44 aussi, je pense c'est quand tout s'assemble en fait ça crée aussi bah nous souvent on court partout  
45 on n'a pas forcément beaucoup de temps à leur accorder même si on voudrait pouvoir prendre  
46 plus de temps. Je pense que c'est un tout qui fait que le tout assemblé quelquefois bah les mots  
47 dépassent un peu les pensées et puis bah de suite ça monte ça monte et puis bah ça éclate.

48 **Moi : après c'est un engrenage quoi.**

49 Johanna : ouais c'est ça

50 **Moi : d'accord. Ensuite la question suivante : quelles sont les répercussions de cette**  
51 **violence sur la relation soignante soignée ?**

52 Johanna : heuuuu, bon quand c'est violence verbale on va dire que quelquefois, comme on disait  
53 les mots dépassent la pensée bah forcément nous on a plus forcément envie, ça met quand même  
54 un froid. (Un soignant entre dans la pièce et nous dit qu'il est obligé de scanner un document,  
55 je coupe l'enregistrement, puis le remet par la suite). Donc, oui la violence verbale ça crée des  
56 tensions, ça créer un froid, déjà quand c'est un peu le rush qu'on court partout bah quelquefois  
57 se prendre des insultes, c'est compliqué. En fait, c'est compliqué pour tout le monde. C'est  
58 compliqué pour le patient c'est compliqué pour nous de travailler dans ces conditions-là parce  
59 que bah personne n'aime travailler quand ça crie quand les gens sont mécontents quand voilà.  
60 On préférerait travailler correctement dans le calme et puis après bah c'est le jeu. Et puis après  
61 bah pour les personnes malades bah malheureusement, je ne peux pas vraiment dire que ça met  
62 un froid parce que les personnes sont malades donc on ne peut pas leur en vouloir ce n'est pas  
63 leur faute c'est que bah malheureusement c'est la maladie des fois qui fait que on peut pas leur

64 en vouloir mais des fois c'est vrai que bah on ose moins y aller avec on va dire, c'est de se dire  
65 mais j'y vais seul, tu veux pas venir avec moi plutôt.

66 **Moi : vous demandez quand même voilà d'être accompagné au cas où pour passer la**  
67 **main ?**

68 Johanna : voilà c'est ça, par exemple quand il y a un patient psychiatrique souvent moi je sais  
69 surtout les hommes je préfère être à deux soignants. Parce que forcément mise en danger de  
70 tout le monde après sinon ça ne vaut pas le coup quoi.

71 **Moi : Eh oui ils ont une force souvent qui est décuplée**

72 Johanna : donc voilà ils ne se rendent pas comptes parfois enfin ça peut aller très vite donc moi  
73 je sais que j'aime bien être 2 sur les soins voilà

74 **Moi : d'accord**

75 Johanna : après ça dépend, moi j'évalue aussi comment ça se passe avec le patient, y a des  
76 patients avec qui ça se passe super bien, bon bah voilà on va y aller tout seul bon bah des fois  
77 ça dérape après voilà on essaie de rester calme, de reprendre.

78 **Moi : d'accord oui, vous ne le laissez pas se calmer ? je veux dire lui laisser un temps et**  
79 **après vous revenez ou vous passez directement à la main ?**

80 Johanna : ça dépend, ça dépend oui de la personne et de la personne derrière (une sonnette  
81 retentie, puis le scope bip). On adapte en fait.

82 **Moi : d'accord merci. Après comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé comme**  
83 **agressif où violent ? du coup quand il arrive ici aux urgences vous avez eu l'information**  
84 **des pompiers et qu'on vous dit ce monsieur il a été réticent il est violent etc... donc déjà**  
85 **ça met une préparation ?**

86 Johanna : alors quand les pompiers nous disent attention, ils nous le disent discrètement ils ne  
87 le disent pas forcément devant le patient déjà. Ils nous disent attention voilà, toujours  
88 discrètement et bah à ce moment-là on y va à 2

89 **Moi : d'accord**

90 Johanna : voilà on y va en binôme pour les soins et tout ça, on ne reste pas seule, voilà après  
91 bah parfois ça se passe pas bien avec quelques personnes mais avec une autre ça se passait super  
92 bien.

93 **Moi : c'est vrai qu'il y a l'histoire de feeling parfois c'est vrai que ça peut ça peut bien se**  
94 **passer avec la collègue et pas avec nous et peut-être que on renvoie quelque chose qui**  
95 **rappelle**

96 Johanna : voilà on ne sait pas donc voilà et puis bah si vraiment ça passe pas du tout avec la  
97 personne après faut pas hésiter à passer la main. Dire écoute voilà, je n'arrive pas ou le patient  
98 ça passe pas du tout avec moi, et on passe la main, ce n'est pas grave après on est là pour ça  
99 hein

100 **Moi : ah oui ce n'est pas un échec au contraire hein il vaut mieux se dire je vais passer la**  
101 **même parce que voilà ça va dépasser peut-être le**

102 Johanna : après les agités, vraiment très agités ou ceux qui arrivent avec les gendarmes tout ça  
103 là par exemple ouais on n'est jamais seul c'est sûr et certain, ça c'est toujours à plusieurs voilà  
104 c'est que souvent avec mes collègues on se met quand même les 2 infirmières dessus. Comme  
105 ça si jamais il y a des traitements à passer ou quoi que ce soit par exemple une qui pique qui va  
106 pousser les traitements enfin on s'arrange quoi.

107 **Moi : et du coup c'est un avantage d'avoir des hommes dans le service ?**

108 Johanna : oui, avant on n'en avait pas beaucoup (rire), maintenant y en a beaucoup. Ça aide  
109 pour les patients difficiles. Peut être qu'ils se disent wow je vais me tenir tranquille.

110 **Moi : en gros, avoir des hommes c'est rassurant pour vous et ça apaise la situation et vous**  
111 **permets de travailler en sécurité ?**

112 Johanna : disons que c'est agréable d'avoir des hommes dans le service.

113 **Moi : très bien merci. Du coup bah la dernière question : pouvez-vous me raconter une**  
114 **situation de violence que vous avez dû gérer ?**

115 Johanna : oula, laquelle choisir (rire). Alors, bah il n'y a pas longtemps avec ma collègue qui  
116 est ici d'ailleurs, on a eu un jeune homme qui c'était échappé de M\*\*\*\*\* qui a été ramené par  
117 les gendarmes donc chez nous et donc le monsieur est arrivé déjà menotté avec 4 gendarmes  
118 pour le maintenir et bah forcément ils nous ont prévenu ils ont fait un couloir déjà pour pas  
119 qu'il cherche à passer et tout ça et du coup on l'a installé sur le brancard. On l'a installé d'abord  
120 sur un fauteuil, il ne se tenait pas sur le fauteuil les gendarmes étaient dessus il y a un autre  
121 collègue du service qui est venu pour renforcer aussi et du coup on l'a installé sur le brancard,  
122 il était bien agité voilà donc il y a des petites hallucinations aussi donc du coup le médecin était  
123 averti tout de suite bah il nous a dit tu prépares ça et ça et vous faites. On a préparé avec ma  
124 collègue ensemble et on est resté donc toutes les 2 les hommes qui maintenaient le monsieur

125 **Moi : ah oui d'accord.**

126 Johanna : et puis voilà on lui a mis des contentions au niveau des pieds et il était menottés  
127 derrière le dos allonger sur le brancard et avec les gendarmes et notre collègue qui le maintenait.

128 Voilà et du coup on a passé les traitements ils n'ont pas trop fait effet d'ailleurs (rire), au bout  
129 d'un moment vu qu'il se calmait pas le monsieur bah les gendarmes ils ont dit bon on va le  
130 prendre avec nous en cellule. Voilà donc pareil on avait fermé tout le SAS une voiture en plus  
131 devant et on avait fait comme un couloir pour assurer la sécurité des patients en box.

132 **Moi : Mais est-ce que du coup vous ne pensez pas que le fait de lui avoir mis des**  
133 **contentions en plus des menottes dans le dos et qu'il y est autant de monde dans le box ça**  
134 **n'a pas envenimé la situation parce que soyons honnêtes c'est violent ? où c'était qu'il y**  
135 **avait une rupture de traitement et que du coup bah déjà il était en souffrance et vous**  
136 **n'avez pas pu faire autrement ?**

137 Johanna : oui c'est violent c'est vrai mais il s'était échappé de M\*\*\*\*\* (rire) donc bah ça  
138 faisait plusieurs jours qu'il était en fuite en plus donc effectivement il y avait déjà une rupture  
139 de traitement, il était en souffrance psychique là. Puis ce monsieur en fait, d'après ce qu'on a  
140 compris avec les gendarmes c'est que quand ils l'ont trouvé je ne sais pas ou d'ailleurs, il l'on  
141 trouvé apparemment il n'avait pas d'hallucinations et c'est en arrivant par ici sur la route qu'il  
142 en a eu mais bon ils étaient quand même 4 hommes pour le maintenir.

143 **Moi : d'accord**

144 Johanna : ouais déjà d'entrée de jeu il est déjà 4 ouais et du coup c'est plutôt en arrivant vers  
145 l'hôpital quand il a su qu'il allait aller vers l'hôpital qu'apparemment les hallucinations sont  
146 arrivés et il a commencé à s'agiter donc à la base il était dans la voiture à l'arrière avec 2  
147 gendarmes un de chaque côté plus devant et en fait en arrivant ici on a essayé d'abord juste de  
148 l'asseoir. Il était menotté mais il était juste assis sur la chaise et quand on a vu que c'était plus  
149 possible que même les gendarmes donc les 4 gendarmes plus notre collègue donc à 5 hommes  
150 ils n'arrivaient pas à le maintenir c'est à ce moment-là qu'on a pris la décision de lui placer les  
151 contentions. Après on ne l'a pas enfermé dans un box on l'a laissé dans le couloir. Il était là  
152 (elle me montre l'endroit de la main).

153 **Moi : ah oui d'accord, en vue de tous, comme ça vous avait une surveillance directe.**

154 Johanna : effectivement c'est vrai que ce n'est pas idéal quand on est autant sur quelqu'un  
155 d'agité voilà. Mais le problème c'est que si on est moins bah y a un risque pour le patient qui se  
156 fasse mal.

157 **Moi : d'accord je comprends.**

158 Johanna : pour autrui aussi et après nous avec ma collègue on est 2 femmes. On est des petits  
159 bouts, on ne reste pas au milieu quoi clairement. On a laissé les hommes gérer et nous on s'était

160 quand même écartés quoi on est allés pour les soins voilà tout ce qui avait à faire on a fait. Mais  
161 après on ne s'est pas attardées non plus à côté de lui.

162 **Moi : d'accord**

163 Johanna : mais après on ne reste pas enfin en principe, nous avec les agités quand on sait qu'il  
164 y a un risque, on ne reste pas devant. On met même les hommes devant (rire). On laisse faire  
165 les hommes (rire).

166 **Moi : bon d'accord et est-ce qu'il vous manque pour conclure une formation sur la gestion  
167 de de la violence ? ou est-ce qu'à vous il vous manque quelque chose, le petit plus qui ferait  
168 que bon, après sachant que voilà on ne connaît pas les patients, que tout le monde est  
169 singulier, ils arrivent ils ont une pathologie, un problème qui fait qu'ils peuvent faire  
170 preuve d'un comportement virulent.**

171 Johanna : alors je ne sais pas comment ça s'appelle comment ça marche dans les autres IFSI, je  
172 sais que moi dans mon école on avait eu des cours justement de self-défense sans faire mal en  
173 fait au patient.

174 **Moi : d'accord c'est quel IFSI ?**

175 Johanna : heu j'étais à \*\*\*\*\* et en fait on a passé 2 jours je crois à s'entraîner pour comment  
176 faire face en fait avec des patients violents.

177 **Moi : d'accord c'est intéressant je trouve.**

178 Johanna : donc sans lui faire mal en fait ce n'est vraiment pas dans un but de lui faire mal. C'est  
179 2 journées dédiées en fait. Après je le pratique pas du tout ici, si y a quelqu'un de violent  
180 directement on appelle du renfort, on ne reste pas seule voilà.

181 **Moi : d'accord cette formation c'était pour les cas où si vous étiez seule à gérer un conflit ?**

182 Johanna : non c'était ça faisait partie du cursus pas plus.

183 **Moi : d'accord**

184 Johanna : mais j'avais trouvé ça bien.

185 **Moi : d'accord merci.**

186 Johanna : après ici c'est tellement aléatoire face à la violence verbale a par dire s'il vous plaît  
187 on je vous prie de rester correct quand même on fait de notre mieux voilà toujours apaiser les  
188 choses toujours dialoguer avec le patient au maximum rester calme prendre sur soi mais après  
189 si la personne en face elle n'est pas décidée elle est pas décider hein.

190 **Moi : d'accord.**

191 Johanna : l'autre jour, j'ai une patiente elle n'a pas accepté que je lui dise de revenir le soir

192 **Moi : c'est monté crescendo ?**

193 Johanna : ouais bah malheureusement on nous crie dessus, le mari qui se met au milieu le ceci  
194 le cela bah après voilà on dit bah désolé mais c'est comme ça quoi ce n'est pas autrement.

195 **Moi : devant une situation difficile vous arrivez à prendre du recul ?**

196 Johanna : (rire) c'est difficile de prendre sur soi.

197 **Moi : ouais voilà c'est ça**

198 Johanna : surtout en fin de journée, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jours c'est compliqué avec la fatigue. Mais on  
199 essaye quand même voilà toujours rester correct. Ça reste quand même des êtres humains on  
200 n'est pas là pour se chamailler, on n'est pas là pour crier, non on demande juste du respect nous  
201 donc vice versa.

202 **Moi : je suis d'accord après on reste des êtres humains, la profession n'est pas facile tous**  
203 **les jours et le respect doit être mutuel.**

204 Johanna : puis quelquefois quand on est trop énervé on dit excusez-moi je reviens, on ferme la  
205 porte, on va souffler, quand ça va mieux on y retourne. Voilà, il suffit de faire ça parce que ça  
206 fait du bien (rire). Connaitre ses limites dans ce métier c'est important.

207 **Moi : je pense que c'est intelligent de plus vous connaissez vos limites. Le but n'est pas**  
208 **d'insister pour devenir maltraitant finalement dans le souci de faire parce que le patient**  
209 **est là et souffrant en plus et il ne sert à rien d'ajouter de la souffrance à la souffrance.**

210 Johanna : voilà c'est ça, connaître ses limites c'est important.

211 **Moi : et bien Johanna je vous libère, je vous remercie beaucoup c'était un plaisir de mener**  
212 **cet entretien avec vous, je vous souhaite une bonne continuation et beaucoup de courage.**

213 Johanna : merci beaucoup, je vous souhaite une belle réussite, c'est la fin faut s'accrocher (rire).

ENTRETIEN N°7 : ALEX AS AUX URGENCES

1 **Bonjour, je me présente, Julie je suis étudiante infirmière en fin de 3<sup>e</sup> année à l'IFSI**  
2 **d'Avignon, dans le cadre de mon travail de fin d'études qui porte sur « la violence dans**  
3 **les soins », j'aurai quelques questions à te poser. Avant que l'entretien débute accepte-tu**  
4 **que j'enregistre celui-ci ?**

5 Alex : d'accord, oui je suis ok.

6 **Moi : Je me suis engagé auprès de la cadre de service pour effacer le contenu de l'entretien**  
7 **dès qu'il sera retranscrit.**

8 Alex : ok super.

9 **Moi : alors avant de commencer est-ce que tu peux nous raconter ton parcours ?**

10 Alex : oui pas de soucis, j'ai été militaire pendant 3 ans, j'étais brancardier secouriste

11 **Moi : d'accord**

12 Alex : c'est ce qui m'a permis de savoir que j'étais un peu plus intéressé par les soins, donc j'étais  
13 ambulancier et dans la foulée pendant 8 ans j'ai été ambulancier et après j'ai voulu aller plus  
14 loin dans les soins du coup j'ai passé mon diplôme d'aide-soignant.

15 **Moi : d'accord donc diplômé de quelle année ?**

16 Alex : 2017 donc depuis 6 ans. Du coup pendant les stages ça a été très concret quoi en fait ce  
17 sont les stages qui ont clairement validé mon choix.

18 **Moi : d'accord (sourire), donc du coup pour ma première question c'est à quel type de**  
19 **violence êtes-vous confronté le plus souvent au sein du service ?**

20 Alex : alors, aux urgences ça va être souvent les personnes qui arrivent alcoolisées ou alors les  
21 personnes qui ne sont pas à l'écoute de leur douleur et qui se priorisent par rapport aux autres  
22 patients par rapport à tout l'environnement. Heu, des gens à qui on va souvent demander des  
23 renseignements et en fait malheureusement bah la prise en charge elle ne va pas être quasi  
24 immédiate mais ça leur convient pas il va vous ils vont vouloir qu'on les voie tout de suite

25 **Moi : ok donc quand il y a de la frustration donc**

26 Alex : oui et puis c'est du vécu hein, je parle de choses que j'ai vécu et puis après il y a les  
27 démences voilà.

28 **Moi : ouais d'accord, là on est sur les 2 types de violences ? physique, verbale ? les 2 peut-**  
29 **être ? ou est-ce que c'est principalement de la violence verbale ?**

30 Alex : oui et non ça va être de la gestuelle enfin je veux dire par là que ça va être des gens qui  
31 refusent de se faire soigner qui vont être dans l'opposition surtout. Après nous, dans la mesure

32 où on sait que la pathologie est installée et qu'on sait qu'il y a une démence derrière, ça pose  
33 beaucoup moins de problèmes parce qu'après au niveau décision médicale les médecins peuvent  
34 mettre en place des choses qui peuvent permettre d'éviter de se blesser.

35 **Moi : d'accord merci donc la 2e question est pensez-vous que la violence et l'agressivité**  
36 **fassent parties de votre travail ? la question n'est pas tournée dans le sens du soignant**  
37 **mais est-ce que en venant travailler aux urgences on se dit fatalement je vais y être**  
38 **confronté ?**

39 Alex : bah oui c'est sur même,

40 **Moi : c'est le service qui veut ça ?**

41 Alex : voilà oui c'est oui c'est le service oui, après y a des gens qui travaillent en EHPAD qui  
42 doivent se dire la même chose, non mais après c'est le quotidien et puis il y a quand même  
43 maintenant beaucoup de choses qui sont mises en place pour éviter d'avoir des problèmes. Il y  
44 a les forces de l'ordre, quand ils arrivent les personnes sont menottées, on a des médicaments  
45 qui peuvent permettre aussi que les patients soient relaxés, soient calmés rapidement voilà.

46 **Moi : donc vous utilisez les protocoles ?**

47 Alex : voilà après on se dit forcément il y aura peut-être de la violence demain, mais ça va c'est  
48 quelque chose de, je veux dire que dans 95% du temps c'est gérable.

49 **Moi : on voit souvent dans les actualités régionales par exemple que la violence est**  
50 **prédominante dans tel ou tel secteur, est-ce que c'est pareil ici ?**

51 Alex : je pense que c'est au prorata des grandes villes parce que y a plus de monde et donc plus  
52 de passage, plus de cas différents peut être plus de précarité que dans les petites villes où c'est  
53 plus rural et justement ici la population est beaucoup plus calme qu'a \*\*\*\*\* déjà.

54 **Moi : tu as travaillé aux urgences de \*\*\*\*\* ?**

55 Alex : j'ai fait mes stages à \*\*\*\*\* j'étais également brancardier là-bas donc je vois bien la  
56 différence et j'ai envie de te dire que c'est encore différent à \*\*\*\*\* comme c'est différent à  
57 \*\*\*\*\* . Tout ça pour te dire qu'ici justement il n'y a pas cette agressivité qu'on voit partout,  
58 c'est beaucoup plus calme.

59 **Moi : oui je comprends.**

60 Alex : ouais ce n'est pas pareil c'est différent et la population ici par exemple, il y a beaucoup  
61 de précarité, donc on va voir beaucoup de gens arriver surtout, c'est plutôt beaucoup de gens  
62 qui vont venir la nuit, qui sont bah ou alcoolisés justement cette catégorie de patients viennent  
63 plus le soir ou la nuit puis la journée ça va être une autre catégorie de patients comme les

64 personnes âgées pour des chutes, des traumatismes, ou la catégorie des personnes qui travaillent  
65 pour des accidents du travail voilà.

66 **Moi : d'accord, la 3e question c'est quelles sont les répercussions de cette violence sur la**  
67 **relation soignant-soigné ?**

68 Alex : ah beh dans la mesure où je connais les antécédents du patient moi je me dis que ce n'est  
69 pas sa faute, il y a aucun problème avec ça j'ai pas du tout à avoir de rancœur ou de jugement  
70 de valeur c'est en plus en ayant un enfant handicapé, je sais très bien que tout ce qui se passe  
71 chez moi aussi dans le cadre de la violence ce n'est pas sa faute. Donc je me dis la même chose  
72 pour les patients et puis ceux qui sont conscient de leurs actes on peut aussi leur expliquer  
73 comment ça se passe la vie (rire).

74 **Moi : c'est-à-dire comment ça se passe la vie ?**

75 Alex : bah ce qu'il risque c'est arrivé aussi

76 **Moi : que vous appeliez la police ?**

77 Alex : non on n'a pas eu besoin justement.

78 **Moi : mais vous c'est quelque chose que vous dites, si vous continuez je vais appeler les**  
79 **forces de l'ordre ?**

80 Alex : oui je leur dit vous êtes passible d'une amende, en plus le papier est affiché dans la salle  
81 d'attente car récemment il y a eu quelques cas de personnes qui étaient assez virulentes et par  
82 rapport à après le confinement notamment il y a eu des décompensations un peu psychiatrique  
83 des gens qui avaient vraiment besoin quoi qui étaient pas bien hein voilà, mais les patients qui  
84 viennent pour des problèmes heu sans gravité et qui veulent être prioritaires et quand on leur  
85 demande juste la personne de confiance il me la faut c'est comme ça c'est pour le dossier qu'ils  
86 explosent qui viennent vous mettre front contre front ou alors qui forcent la porte pour venir  
87 vous dire maintenant ça suffit je vais te soigner et arrêtez avec vos questions-là, là on est obligé  
88 de mettre en place la loi de dire on va faire appliquer la loi.

89 **Moi : d'accord**

90 Alex : puis au moins, ça ne va pas plus loin parce que déjà il y a quand même un premier contact  
91 et ça peut aller loin quoi.

92 **Moi : oui ça peut aller loin c'est sûr, mais est-ce que tu constates du coup qu'il y a eu plus**  
93 **de passages pendant la COVID ou là comme tu disais tout à l'heure les gens ont**  
94 **décompensés psychiquement ?**

95 Alex : oui mais les raisons on se les poses encore hein, on ne sait pas pourquoi. Quand on fait  
96 notre petite enquête auprès de nos collègues qui travaillent dans les autres hôpitaux, les autres  
97 régions, on constate exactement le même constat, c'est-à-dire qu'on a le même résultat  
98 l'agressivité et l'afflux et la tension heu on la ressent partout en fait.

99 **Moi : en fait ça a la même situation de partout.**

100 Alex : oui c'est étrange et à la fois c'est super intéressant, tu sais regarder les algorithmes un  
101 peu.

102 **Moi : ouais c'est intéressant**

103 Alex : ouais vraiment mais savoir pourquoi dans le sud-ouest c'est pareil que dans le sud-est.  
104 (Je coupe l'enregistrement car un soignant entre dans la pièce, puis je le remets par la suite).

105 Voilà, il y a des périodes en fait et la fin d'année on l'a tous ressenti et puis aussi à certains  
106 moments pendant ces 3 dernières années, il y a eu des périodes forcément après ce sont des  
107 causes conséquences.

108 **Moi : oui puis je pense qu'il y a encore pendant quelques temps.**

109 Alex : oui puis on en parle beaucoup à la télévision, on ne parle que de ça on va focaliser que  
110 sur ça, tu parlais des actualités tout à l'heure, moi c'est vrai que je ne regarde pas parce que  
111 finalement je préfère me préserver et être dans mon service et voir ce qui se passe au jour le  
112 jour et encore moins les réseaux sociaux. J'ai tout arrêté pour pas voir tout ce qui se dit parce  
113 que du coup c'est souvent infondé, y a pas la suite des choses enfin voilà, puis c'est plus facile  
114 de mettre une mauvaise réputation qu'une bonne et donc beaucoup de gens sont dans l'ignorance  
115 aussi, il y a énormément de gens qui sont ignorants, qui voient pas plus loin que le bout de leur  
116 nez donc, autant accueillir ces gens-là sans savoir comment ils sont où ce qu'ils ont fait et au  
117 moins rester neutres et voir qu'en fait finalement y a pas de jugement de valeur c'est bien.

118 **Moi : d'accord oui**

119 Alex : dans tous les cas le soignant doit-être comme ça c'est ce que je pense, surtout pas  
120 banaliser l'urgence aussi de pas se dire bah ça doit être rien parce que souvent il vient et souvent  
121 c'est du cinéma bah non autant cette fois-là ça peut être vraiment un problème. Pour moi, c'est  
122 super important

123 **Moi : pour moi c'est super important aussi je suis d'accord.**

124 Alex : c'est vrai que c'est important oui et puis y a peut-être quelque chose de sous-jacent dans  
125 les visites qui fait ici ce sont peut-être des appels à l'aide, de la solitude aussi.

126 **Moi : exactement merci, je te donne l'avant dernière question qui est comment agissez-**  
127 **vous lorsque le patient est annoncé comme agressif où violent ?**

128 Alex : bah tant qu'on ne voit pas, c'est vrai que des fois on a même des fois la possibilité de  
129 remettre la parole en doute de la personne qu'on a au téléphone, parce que souvent ils extrapolent  
130 un peu.

131 **Moi : d'accord.**

132 Alex : alors peut être que c'est pour nous protéger un peu en nous disant, attention mais les gens  
133 ils changent aussi ils passent la porte des urgences des fois ils donnent le change donc là on se  
134 dit ah mais en fait la personne elle est consentante, elle discute, puis ça vrille au bout de 8  
135 secondes (rire). Il y a beaucoup de gens aussi qui essaient la manipulation hein, parce qu'ils  
136 savent que les soignants en général sont des gens qui sont à l'écoute, mais après dans la plupart  
137 des cas de ce que tu me demande dans ta question, on attend de voir.

138 **Moi : d'accord.**

139 Alex : si tu veux, on ne prépare pas une seringue \*\*\*\*\* à l'avance quoi.

140 **Moi : d'accord, oui je comprends, donc vous partez du principe, j'attends de rencontrer**  
141 **le patient, il est comme ça et là à ce moment-là on met ça en place.**

142 Alex : oui c'est ça en plus, il y a toujours le temps de mettre des choses en place. On a ce degré  
143 d'encaisser au début de se dire de toute façon on est tous là il y a des hommes il y a des femmes  
144 il y a des gens qui sont aptes à faire face voilà.

145 **Moi : d'accord.**

146 Alex : on a tout ce qu'il faut sous la main donc on attend de voir.

147 **Moi : ok d'accord, j'arrive à la dernière question qui est pouvez-vous me raconter une**  
148 **situation de violence que vous avez vue gérer ?**

149 Alex : heuuuuu (il réfléchit), oui il y a une jeune femme qui était prévue pour la psychiatrie  
150 donc consentante sur le départ et puis elle a profité d'avoir une main libérée elle a eu le  
151 tranquillisant, elle était réveillée, elle était pas endormie elle a réussi à en fait le tranquillisant  
152 n'a pas fait réellement effet et pendant 1h elle était sur le brancard elle bougeait pas et puis le  
153 moment où on s'est retournés, elle s'est levée d'un coup et elle a sauté du brancard jusqu'à la  
154 porte elle a fait un bon. Une dame mince, très athlétique, très grande avec une sacrée force. Et  
155 là, on a tous volé tous (rire), il y a les 2 gendarmes qui regardaient qui étaient tellement surpris  
156 et même en faisant le poids sur le coup ils n'ont pas compris. On l'a arrêté devant la porte là  
157 elle était au box 3 tout au fond donc elle a fait une vingtaine de mètres et on a pu l'arrêter à ce

158 moment-là. Elle a dit qu'elle se calmer, dès qu'elle a eu une main de libre c'est pareil elle a  
159 réessayé et de mon souvenir, je ne sais plus ce qu'ils lui ont administré mais on lui à donner  
160 quelque chose pour la calmer rapidement et qu'elle soit transportable sans problème.

161 **Moi : et là c'est l'équipe de \*\*\*\*\*. Qui vient prendre en charge la patiente ?**

162 Alex : parfois c'est l'équipe de M\*\*\*\*\*, mais dans un premier temps c'est une infirmière psy  
163 de \*\*\*\*\* qui vient.

164 **Moi : d'accord une infirmière du centre médicaux psychologique ?**

165 Alex : oui c'est ça, ensuite c'est elle qui décide si on fait un transfert en unité ou pas après ça  
166 peut être une ambulance privée après franchement il y a rarement des problèmes. Très rarement  
167 et ensuite sinon ça a été M\*\*\*\*\* quand il fallait médicaliser ou entraver voilà.

168 **Moi : d'accord, et est-ce que vous pensez qu'il vous manque quelque chose au niveau d'une**  
169 **formation ou autres ?**

170 Alex : non pas du tout on a des formations ici. Moi il y a quelque chose que je ne comprendrais  
171 jamais c'est pourquoi les gens sont agressifs face à des gens qui veulent les soigner. Ça reste  
172 ma question pour laquelle je n'aurai jamais la réponse.

173 **Moi : bah, les patients arrivent souffrants aux urgences elle n'est pas là la réponse ?**

174 Alex : oui mais non, parce que l'être humain il est tout le temps dans l'ignorance et le problème  
175 c'est qu'en fait il entend mais il n'écoute pas. Quelquefois ils sont en salle d'attentes il se jettent  
176 leurs venins pour vraiment se donner une mauvaise image quoi. J'ai eu plusieurs fois le cas et  
177 en sortant de la salle d'attente j'ai demandé à la personne mais qu'est-ce que c'est que vous  
178 n'avez pas compris ? puisque vous sortez d'ici et apparemment tout va bien.

179 **Moi : d'accord.**

180 Alex : tu sais le patient je le connais par-cœur, l'infirmière coordinatrice et gériatrique elle vient  
181 elle vient me voir tout de suite.

182 **Moi : d'accord.**

183 Alex : elle sait très bien que je connais l'état cutané du patient, que je connais l'autonomie du  
184 patient, que je connais son histoire de vie souvent, le patient te raconte toujours quelque chose.  
185 Je suis très observateur c'est quelque chose qui me plaît en plus.

186 **Moi : d'accord, et bien l'entretien se termine je te remercie Alex et te souhaite une bonne**  
187 **continuation au sein du service.**

188 Alex : merci toi aussi bon courage (rire).

## ANNEXE V : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

### ENTRETIEN 1 : LAURENCE IDE EHPAD

Questions	À quel type de violence êtes-vous confronté le plus souvent au sein de l'établissement ?	Pensez-vous que la violence et l'agressivité fassent partie de votre travail ?	Quelles sont les répercussions de cette violence sur la relation soignant-soigné ?	Comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé comme agressif ou violent ?	Pouvez-vous me raconter une situation de violence que vous avez dû gérer ?
Réponse	<p>« Alors la violence à laquelle je suis confronté directement ici, je pense d'abord aux personnes qui sont atteintes de démences c'est vrai qu'ils peuvent avoir des comportements violents » (IDE1, L12,13,14).</p> <p>« On peut adopter des comportements qui nous paraissent à</p>	<p>« Je pense que la violence oui forcément en fait partie » (IDE1, L34).</p> <p>« Quand on travaille avec l'humain, forcément on peut être amené à être confronté à pleins de situations différentes, pleines d'émotions et la violence et/ou l'agressivité en fait indéniablement partie oui » (IDE1, L34,35,36).</p> <p>« Ce qui est important je pense, c'est de savoir la reconnaître et de ne pas être dans le jugement » (IDE1, L37,38).</p> <p>« Être capable de se dire qu'on peut prendre de la hauteur en se demandant, qu'est-ce qui a fait à ce</p>	<p>« C'est vrai que ce n'est pas un environnement sain que de côtoyer la violence donc forcément c'est stressant pour nous, pour le résident et je pense que la relation est impactée » (IDE1, L50,51,52).</p> <p>« Même si on ne veut pas bah on va apporter des réactions en tant que soignant parfois négatives » (IDE1, L 52,53).</p> <p>« Il ne sera pas facile de mettre en place une relation de confiance » (IDE1, L54).</p> <p>« Les répercussions bah il y en a beaucoup bien sûr » (IDE1, L58).</p> <p>« Déjà comme te disais quand il y a de la violence, la relation est entachée » (IDE1, L58,59).</p>	<p>« Je préfère me détacher de la situation voir de passer le relais, être honnête et dire là il se passe quelque chose que je n'arrive pas à contrôler. Le tout est ensuite de revenir, réflexion faite auprès du résident plutôt que d'entrer en conflit » (IDE1, L92,93,94,95).</p> <p>« J'essaie de comprendre pourquoi ce patient à ce comportement, je cherche à comprendre ce qui</p>	<p>« C'était pendant la distribution des traitements, j'ai un résident qui refusé de prendre ces traitements en salle à manger » (IDE1, L119,120).</p> <p>« C'est vrai que l'environnement été assez bruyant et le résident était déjà un petit peu énervé. Ce résident à des antécédents de schizophrénie plutôt stabilisée » (IDE1, L120,121,122).</p> <p>« Le bruit peut être nocif et le résident peut s'agiter » (IDE1, L123,124).</p>

<p>nous anodins mais qui pour eux qui sont atteints de pathologies démentielles, ils peuvent le percevoir tout autrement et le percevoir comme agressif » (IDE1, L 15,16,17).</p> <p>« Du coup en réponse ils vont devenir violents à leur tour » (IDE1, L18).</p> <p>« J'ai entendu des échanges houleux » (IDE1, L19,20).</p> <p>« Le résident a refusé sans raison apparente » (IDE1, L24).</p> <p>« Mais un refus n'est jamais sans cause sous-</p>	<p>moment-là que le résident a été violent ? » (IDE1, L38,39).</p> <p>« La raison n'est pas toujours évidente, mais ce n'est pas pour autant qu'il faut banaliser la violence » (IDE1, L41,42).</p> <p>« Je pense qu'il est important d'en parler en équipe, d'échanger sur les difficultés rencontrées » (IDE1, L43,44).</p> <p>« Parce que la violence même si elle fait partie malheureusement des contacts humains ce n'est pas une raison pour la banaliser » (IDE1, L46,47).</p> <p>« Il ne faut pas prendre ça comme une finalité en soi et toujours essayer d'adapter sa pratique, d'adapter son comportement et d'en parler en équipe » (IDE1, L48,49,50).</p> <p>« J'essaie de faire redescendre la pression</p>	<p>« C'est vrai que la relation de soin n'est pas toujours facile » (IDE1, L59,60).</p> <p>« Cela peut engendrer beaucoup de choses » (IDE1, L62).</p> <p>« Pour le soignant cela peut engendrer une envie de ne pas entretenir la relation » (IDE1, L63).</p> <p>« J'ai souvenir que les personnes décrites comme violentes et bien malheureusement les soins étaient faits rapidement » (IDE1, L65,66).</p> <p>« De mon statut d'étudiante effectivement, j'ai pu constater que les soins se faisaient assez vite par peur peut-être je ne sais pas du moins je l'imagine » (IDE1, L68,69).</p> <p>« Parfois on pouvait passer à coté de ce diagnostic parce qu'on n'avait pas envie de se pencher plus que ça sur le ressenti du résident dans la relation, sur son vécu » (IDE1, L69,70,71).</p> <p>« Parce que l'engrenage dans la relation arrive vite. On va se dire il va forcément être</p>	<p>a pu provoquer cela, est-ce mon comportement ? est-ce ma posture ? est-ce que c'est un mot que j'ai pu dire ou alors est-ce que c'est une violence à laquelle je ne trouve pas tout de suite de raison » (IDE1, L107,108,109,110).</p> <p>« J'essaie de ne pas agir sans réfléchir » (IDE1, L110).</p> <p>« Je laisse la personne se calmer, puis tout dépend du contexte » (IDE1, L111).</p> <p>« Les réactions des résidents sont parfois évidentes, parfois il faut envoyer le psychologue pour savoir se qu'il se passe derrière un</p>	<p>« Je donne comme d'habitude les traitements de cet homme dans la main et il refuse de les prendre » (IDE1, L124,125).</p> <p>« Je suis très embêté parce que la prise de ce traitement est importante au vu de la pathologie et donc j'insiste un peu » (IDE1, L125,126).</p> <p>« Je me sens un peu bête sur le coup » (IDE1, L133).</p> <p>« J'essaie de calmer la situation en lui disant que je m'excuse si je l'ai abordé de façon brutale et que mon intention n'était pas de le mettre en colère » (IDE1, 137,138,139).</p> <p>« Je lui explique que ce traitement est important si on veut que la stabilité de sa</p>
---	--	--	--	--

<p><i>jacente » (IDE1, L24,25).</i>  <i>« La violence est brutale, sèche, brutale et blessante » (IDE1, L 98).</i>  <i>« J'ai envie de vous dire que la violence est quotidienne et institutionnelle aussi » (IDE1, L98,99).</i>  <i>« Par-là, je veux dire qu'un patient qui arrive chez nous va devoir faire face à des impératifs, à des règles imposées par l'établissement aussi » (IDE1, L99,100).</i>  <i>« Pour lui la violence peut prendre plein de formes » (IDE1, L100,101).</i></p>	<p><i>ou de détourner l'attention dans un premier temps parce qu'après on ne peut pas tout accepter non plus » (IDE1, L86,87).</i>  <i>« C'est une position délicate qui peut mettre à mal la posture professionnelle » (IDE1, L89,90).</i>  <i>« Répondre à la violence par de la violence c'est pour moi vraiment le pire qui pourrait arriver » (IDE1, L91,92).</i>  <i>« Le simple fait d'être mis en chambre double avec un résident qu'il ne connaît pas, partager son intimité avec lui, pour ma part, je trouve que c'est déjà violent » (IDE1, L101,102,103).</i>  <i>« Écoutez, j'en ai marre de tous les médicaments et c'est vrai qu'il en a beaucoup à prendre, sa lassitude est justifiée mais je n'ai pas le choix » (IDE1, L142,143).</i></p>	<p><i>violent aujourd'hui, je n'ai pas envie de faire face à cela et donc la relation de soin va devenir plus superficielle » (IDE1, L74,75,76).</i>  <i>« Au niveau des répercussions certains soignants se disent ici qu'ils ne sont pas toujours de bons soignants parce qu'ils n'arrivent pas à déceler les formes d'agressivité et de ce fait en sont victimes » (IDE1, L78,79,80).</i>  <i>« Je pense qu'il y a un réel impact sur le soin quand la relation est rompue c'est vrai et le risque est de devenir à son tour agressif » (IDE1, L80,81).</i>  <i>« C'est-à-dire de répondre à la violence et/ou l'agressivité par effet miroir » (IDE1, L81,82).</i>  <i>« Je préviens ce risque, la personne violente ou agressive est en souffrance c'est certain donc sans banaliser la situation bien sûr parce que ce n'est pas anodin et sans séquelles pour nous tous » (IDE1, L84,85,86).</i>  <i>« Il est vrai qu'avec le recul, je pense que j'ai été lourde en</i></p>	<p><i>comportement » (IDE1, L113,114).</i></p>	<p><i>pathologie perdue » (IDE1, L139,140).</i>  <i>« Le résident me demande une assiette et accepte les médicaments. Je pense que le fait d'avoir adopté un ton adapté ou du moins calme, il l'a ressenti, il s'est mis à parler lui aussi sur un ton plus calme » (IDE1, L140,141,142).</i>  <i>« Je pense que le fait que je garde mon calme ça a dû le déstabilisé » (IDE1, L146,147).</i>  <i>« J'ai tracé cet incident pour qu'il soit vu par une équipe du CMP » (IDE1, L147).</i></p>
--	---	---	--	---

<p><i>« Il me répond qu'il n'en veut pas d'un ton ferme » (IDE1, L128).</i></p>		<p><i>insistant comme je l'ai fait. Il s'est levé, à jeter tout son repas au sol et à hurler qu'il était encore capable de décider pour lui » (IDE1, L128,129,130).</i></p> <p><i>« Je n'ai jamais travailler en psychiatrie et c'est vrai que cette expérience manque ici » (IDE1, L144,145).</i></p> <p><i>« Nous recevons de plus en plus de résidents atteint de pathologies psychiatriques, donc là tu vois la situation aurait pu dégénérer bien plus » (ide1, L145,146).</i></p> <p><i>« Donc il faut toujours réfléchir, toujours être dans le questionnement ça fait partie des indispensables pour arriver à gérer des situations difficiles est toujours travailler en équipe ça c'est vraiment une base solide sur laquelle on peut s'appuyer en tant que soignant » (IDE1, L148,149,150).</i></p>		
---	--	--	--	--

ENTRETIEN 2 : SABRINA AS JOUR

<b>Questions</b>	À quel type de violence êtes-vous confronté le plus souvent au sein de l'établissement ?	Pensez-vous que la violence et l'agressivité fassent partie de votre travail ?	Quelles sont les répercussions de cette violence sur la relation soignant-soigné ?	Comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé comme agressif ou violent ?	Pouvez-vous me raconter une situation de violence que vous avez dû gérer ?
<b>Réponse</b>	<p>« Les types de violences qu'on a c'est la plupart du temps beaucoup de personnes qui ont une certaine démence » (AS2, L23,24).                      « Certaines pathologies qui forment une démence pour être précise. Les agressivités peuvent être multiples » (AS2, L24,25).                      « Elles peuvent être aussi bien de la part des résidents que de la part des familles qui sont dans l'incompréhension de la maladie de leur proche</p>	<p>« Oui je m'y attendais oui bien sur » (AS2, L36).                      « Malgré tout on essaie de gérer cette situation formation sur l'humanité qui est une formation interne, soit on essaie de trouver des solutions par rapport au résident » (AS2, L36,37,38).                      « C'est à nous vraiment de trouver une solution en fonction des résidents pour éviter en fait qu'ils soient agressifs ou qu'ils ne le deviennent par la suite » (AS2, L42,43).</p>	<p>« Faut qu'on continue toujours à prendre du recul » (AS2, L48).                      « Il y a des solutions qui vont très bien marchées 1jour, 2 jours, 1 semaine, 15 jours et puis 1 jour et bah on voit que cette résidente ne veut plus de cet accompagnement-là » (AS2, L49,50,51).                      « C'est à nous de trouver une autre solution, une autre adaptation par rapport à la personne » (AS2, L50,51,52).                      « Il faut trouver un compromis, s'adapter à la situation pour le bien être du résident » (AS2, L55,56).                      « On passe la main, ça m'ait arrivé d'ailleurs beaucoup sur l'unité Alzheimer ou je travaille beaucoup » (AS2, L59,60).</p>	<p>« D'habitude on a un a priori. Je pense oui c'est sur parce qu'on se demande ce qui peut se passer la plupart du temps » (AS2, L66,67).                      « Dans ces moments-là, au lieu d'être seul on est au moins 2 soignants dans la chambre pour se présenter, pour voir un petit peu comment il se présente, s'il comprend nos questions » (AS2, L67,68,69).                      « Avec la personne ça nous permet de nous faire une idée, ça nous fait du bien pour nous parce qu'on voit à qui on a affaire réellement en</p>	<p>« J'en ai une qui date de quelques jours justement, j'étais sur l'unité protégée, je préparais le petit déjeuner et je vois un résident de cette unité le visage très fermé » (AS2, L85,86,87).                      « Ce jour-là il ne me suit pas et je vois qu'il est très fermé ce qui m'interpelle » (AS2, L88).                      « Il déjeune doucement mais à toujours le visage fermé. Il prend ses traitements sans rien dire" (AS2, L91,92).                      « Malheureusement, j'ai dû à un moment donné continuer à servir les petits déjeuners et j'invite une résidente à venir à table » (AS2, L92,93).                      « J'installe cette résidente en face de ce résident » (AS2, L94).                      « Cette dame à pour habitude de manger à cette table, je ne voulais pas la freiner dans ses habitudes. J'avoue que je me</p>

<p>souvent » (AS2, L25,26).  « J'ai connu que la violence verbale, les résidents ce sont des insultes, parfois ils nous crachent dessus, nous pincent, nous mordent » (AS2, L30,31).  « Ensuite bah les familles c'est plus de la violence verbale » (AS2, L32).  « C'est un monsieur qui mesure 1m90 moi je fais 1m55 donc il est clair que je ne faisais pas le poids quoi qu'il arrive » (AS2, L217,128).</p>	<p>« Finalement c'est un métier difficile et il faut se remettre en question quoi qu'il arrive » (AS2, L143).  « Ne jamais avoir honte de dire à la cadre de service les difficultés que l'on rencontre afin de trouver des solutions rapides » (AS2, L144,145).</p>	<p>« On est censé quand on rencontre une difficulté avec un résident laisser le binôme prendre le relai afin qu'il fasse ce qu'il peut » (AS2, L60,61).  « C'est une personne qui va avoir besoin de soin et même si elle est violente ou pas, comme je dis c'est vraiment à nous de nous adapter, de trouver une solution quoi qu'il arrive et c'est tout un travail d'équipe » (AS2, L81,82,83).  « On se retrouve avec des résidents polypathologiques ce qui fait que nous ne sommes pas armés pour répondre réellement à leurs mal-être » (AS2, L133,134,135).  « Soyons honnêtes, on n'a pas toujours les bons mots, on n'a pas les armes pour être avec des pathologies psychiatriques » (AS2, L135,136).  « Les résidents qui ne sont pas stabilisés ou autre, la</p>	<p>face de nous » (AS2, L70,71,72).  « On essaye en tout cas de faire en sorte que le résident se sente chez lui dès son arrivé » (AS2, L72,73).  « Cela défait les a priori puis j'ai l'impression que ça défait ce qu'on avait dit avant son entrée. Souvent les gens exagèrent un petit peu le comportement des entrants » (AS2, L73,74).  « Je trouve important de se faire sa propre idée et d'apprendre à connaître avant de juger » (AS2, L74,75).  « Le but est de ne pas se fier aux autres. De toute façon on a un travail ou on se doit de toujours avancer</p>	<p>suis questionné sur le comportement mutique de ce résident mais je me suis dit qu'il avait dû mal dormir et qu'il acceptera madame à sa table » (AS2, L96,97,98).  « Elle se lève et commence à dire bonjour monsieur, je vois cet homme qui se lève brutalement et qui la soulève. La résidente ne touche plus du tout le sol et là je me retrouve dans une impasse » (AS2, L99,100,101,102).  « Je n'ai d'autre solution que de lui dire lâchez-la ! » (AS2, L102).  « Je m'aperçois qu'elle saigne du cou, elle a une dermabrasion aussi au bras parce qu'elle essaye de se débattre » (AS2, L103,104).  « Je suis stressée à ce moment-là, je décide de prendre une chaise et de la faire tomber violemment au sol pour faire du bruit et le surprendre » (AS2, L104,105,106).  « C'était la seule solution qu'il me restait et ça a marcher heureusement » (AS2, L106).</p>
--	--	---	--	---

		<p><i>gestion en cas de conflit est difficile » (AS2, L136,137).</i></p> <p><i>« Certains ont une formation plus importante que nous les aides-soignants ce qui facilite peut-être » (AS2, L137,138).</i></p>	<p><i>malgré tout » (AS2, L80).</i></p> <p><i>« Cela fait avancer en fait et ça nous fait réfléchir » (AS2, L83).</i></p>	<p><i>« Je lui ai dit stop on arrête ! stop ! on n'est pas là pour se battre, on arrête ! il me regarde et j'ai dit c'est bon là je sens que je vais me faire taper à mon tour où je ne sais pas ce qu'il va se passer » (AS2, L107,108).</i></p> <p><i>« Je me suis retrouvé en train de me dire qu'est-ce que je fais ? parce que prévenir mes collègues par téléphone je ne pouvais pas car il fallait agir vite » (AS2, L110,111).</i></p> <p><i>« Ce résident cherchait à entrer dans toutes les chambres donc je l'ai suivi et j'ai commencé à claquer toutes les portes des chambres en disant aux résidents vous restez dans vos chambres » (AS2, L111,112,113).</i></p> <p><i>« C'est le seul truc que j'ai trouvé » (AS2, L115).</i></p> <p><i>« J'ai entendu la porte de l'unité se claquée c'était l'animatrice qui a compris que la situation était grave. Je lui ai demandé d'alerter les médecins, les psychologues et tout ça » (AS2, L116,117,118).</i></p>
--	--	---	---	--

				<p><i>« Il y a eu un grand déclenchement, c'était une situation très compliquée, je me suis retrouvée vraiment seule sur l'unité et donc seule avec moi-même » (AS2, L118,119,120).</i></p> <p><i>« Je n'ai pas été bien par la suite, j'ai vu cette dame être soulevée avec une force incroyable par le cou, cette plaie au bras et le fait qu'elle saigne, j'ai eu peur » (AS2, L123,124,125).</i></p>
--	--	--	--	--

ENTRETIEN 3 : MARTINE AS NUIT

<b>Questions</b>	À quel type de violence êtes-vous confronté le plus souvent au sein de l'établissement ?	Pensez-vous que la violence et l'agressivité fassent partie de votre travail ?	Quelles sont les répercussions de cette violence sur la relation soignant-soigné ?	Comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé comme agressif ou violent ?	Pouvez-vous me raconter une situation de violence que vous avez dû gérer ?
<b>Réponse</b>	<p>« D'accord, alors la parole » (AS3, L61).                      « Beaucoup de violence verbale et gestuelle parfois » (AS3, L63).                      « Violent physiquement la nuit ça arrive mais ça reste rare je trouve » (AS3, L65).                      « C'est comme les personnes de la vie de tous les jours qu'on peut rencontrer dans le personnel, qui peuvent exploser et puis voilà » (AS3, L69,70,71).                      « Il faut laisser la douleur sortir parce qu'il y a peut-être aussi un ras-le-bol pour le personnel aussi » (AS3, L71,72).                      « D'être confronté à ça et puis pas être habitué à ça et puis pas savoir comment faire avec les</p>	<p>« Bien sur oui parce que déjà la violence on la rencontre dans la vie de tous les jours donc par rapport à la personne âgé qui vit en établissement qu'il n'a pas choisi, on leur impose parfois ce placement, ou du fait de leur pathologie, par rapport à leur caractère, par rapport à leur vie d'antan, qui peuvent ressortir au moment de la vieillesse, des souffrances » (AS3, L79,80,81,82,83).                      « J'ai connu une dame qui était très désagréable, une résidente toute nouvelle pour moi</p>	<p>« Moi derrière tout ça, derrière son discours, j'ai pu comprendre pourquoi elle était agressive » (AS3, L92,93).                      « Alors la si on n'en parle pas ça peut devenir dramatique. Avant on avait des groupes de paroles et plus maintenant, je trouve ça dommage » (AS3, L104,105).                      « On pouvait échanger sur nos difficultés sans jugement par rapport à des entrées de résidents, de la violence qu'il pouvait y avoir</p>	<p>« Je laisse s'exprimer la personne comme elle veut, après quand je vois que cela commence à se calmer là j'interviens gentiment » (AS3, L66,67).                      « Il ne faut pas intervenir en criant parce que ça ne sert strictement à rien, ce serait exciter pour exciter la personne » (AS3, L67,68).                      « Enfin moi, c'est ma façon de faire. Mon approche c'est ça : je laisse crier, je laisse tomber la pression » (AS3, L68,69).                      « Une fois je suis entrée dans sa chambre en chantant » (AS3, L85).                      « Toujours la bonne humeur, cette dame me dit vous chantez bien et le fait de chanter tout ça,</p>	<p>« Quand on connaît bien la personne, quand on a analysé la personne, on va dire monsieur X dans ce secteur-là » (AS3, L166).                      « Je vais m'exprimer sur le tutoiement aussi parce que le tutoiement je trouve que pour les personnes Alzheimer ou démentes heu le prénom et le tutoiement ils sont plus réceptifs moi je trouve » (AS3, L170,171,172).                      « Plus réceptifs à ce qu'on leur demande. Quand on dit vous, c'est un étranger » (AS3, L172,173).                      « J'ai une résidente ici que j'ai connu en</p>

<p><i>gens, c'est difficile l'approche avec les résidents qui ont un comportement comme ça voilà quoi » (AS3, L74,75,76).</i></p> <p><i>« On n'est pas là pour envenimer les choses » (AS3, L193).</i></p> <p><i>« C'est sur quand le résident veut s'exprimer bah parfois, il s'exprime par la colère, par des gestes » (AS3, L99,100).</i></p>	<p><i>qui n'était pas gentille du tout envers-moi dans ses paroles » (AS3, L83,84,85).</i></p> <p><i>« En tout cas, j'ai essayé de comprendre pourquoi elle était agressive, parce qu'on n'est pas forcément agressif pour dire on est agressif, c'est bien parce qu'on a subi dans sa jeunesse, ou dans sa vie des agressions qu'ils n'ont pas pu extérioriser » (AS3, L95,96,97).</i></p> <p><i>« On a le psychologue maintenant donc c'est vrai que quand il y a un problème, il intervient et nous fait un retour par la suite » (AS3, L159,160).</i></p> <p><i>« Moi, j'ai appris à gérer les crises par rapport à mes divers</i></p>	<p><i>mais aussi au niveau du personnel » (AS3, L106,107).</i></p> <p><i>« Et les groupes de parole ça me manque un peu ici, il faut libérer la parole mais sur tous les sujets » (AS3, L109,110).</i></p> <p><i>« Dire les choses ce n'est jamais facile, parce que ta pas envie de blesser » (AS3, L115,116).</i></p> <p><i>« De tout garder pour soi créer un mal-être au travail, conduit au burn-out et c'est la décadence voilà » (AS3, L118,119).</i></p> <p><i>« Cela se répercute forcément sur la prise en charge du résident. Dès l'instant où tu n'es pas bien dans ton travail, tu as un mal-être, si tu ne</i></p>	<p><i>on a créé un premier lien si tu veux, un lien de conversation » (AS3, L87,88).</i></p> <p><i>« C'est là qu'elle m'a confiée que dans le temps, elle était malheureuse, qu'elle avait fait la guerre, elle était dans une ferme, elle travaillait et elle avait été battue et violée » (AS3, L88,89,90).</i></p> <p><i>« Derrière son discours, j'ai pu comprendre pourquoi elle était agressive » (AS3, L92,93).</i></p> <p><i>« En tout cas, j'ai essayé de comprendre pourquoi elle était agressive » (AS3, L95).</i></p> <p><i>« Il faut essayer de comprendre pourquoi, parce qu'il y a toujours un pourquoi » (AS3, L98,99).</i></p> <p><i>« Déjà j'écoute les transmissions, ce que mes collègues me disent, je regarde également la transmission d'entrée</i></p>	<p><i>foyer logement que j'ai vu décliner petit à petit » (AS3, L175,176).</i></p> <p><i>« On a parlé avec la cadre parce que quand je l'appelais par son prénom et que je la tutoyais elle était très réceptive et j'arrivais à obtenir des choses très positives de la part de la résidente » (AS3, L176,177,178).</i></p> <p><i>« Donc ce que j'ai obtenue, c'est que je peux tutoyer cette personne en chambre et l'appeler par son prénom en privé puis la vouvoyer en public » (AS3, L178,179,180).</i></p> <p><i>« Parce qu'elle ne pouvait pas s'exprimer dans son mal-être donc c'était compliqué » (AS3, L180).</i></p> <p><i>« Je ne force pas les choses, il faut toujours</i></p>
--	--	--	--	--

	<p><i>métiers, l'expérience est aussi importante je pense » (AS3, L197,198).</i></p>	<p><i>peux pas discuter, partager ou essayer de trouver je ne sais pas heu une entente, pour moi il y a des répercussions sur le soin » (AS3, L 124,125,126).</i>  <i>« Il peut être mal par rapport à un moment de la journée, il peut être pas bien de la journée, il est agressif et la nuit il ne va pas être agressif » (AS3, L134,135,136).</i>  <i>« Il peut y avoir une agressivité par rapport à une histoire de sa vie qu'on ne connaît pas ou par rapport à un mal être, sur son autonomie ou son corps, on ne dit pas il est agressif il sera toujours agressif » (AS3, L151,152,153,154).</i></p>	<p><i>faite par l'infirmière parce qu'il y a des informations importantes » (AS3, L129,130).</i>  <i>« Déjà, on est avisé, on est averti de ces informations là et par rapport au résident et bien j'observe, je suis dans l'observation, l'écoute voilà » (AS3, L131,132).</i>  <i>« Comme on a une première analyse on va faire avec le résident tout en peut-être en intégrant des choses » (AS3, L132,133).</i>  <i>« C'est à nous aussi de transmettre des informations de la nuit afin que voilà on essaie de jongler on va dire avec son attitude, avec son agressivité s'il y a » (AS3, L138,139).</i>  <i>« Je ne pars pas sur un a priori, on sait qu'il peut être comme ça » (AS3, L144).</i></p>	<p><i>minimiser, apaiser les choses hein faut jamais aller d'un pas déterminer parce que là ça va au clash forcément » (AS3, L185,186).</i></p>
--	--	--	--	---

		<p><i>« C'est enrichissant dans le sens si tu vas au clash, tu te remets en question » (AS3, L 188,189).</i></p>	<p><i>« Je suis dans l'observation sur la longueur, j'observe sur le temps parce qu'il peut être agressif parce qu'il vient de rentrer, il n'a pas ses habitudes, il a pas de repère, il n'a rien de tout ça donc c'est sur le temps qu'on voit les choses » (AS3, L146,147,148,149).</i></p> <p><i>« Libérer la parole quand ils peuvent s'exprimer mais ils peuvent l'exprimer dans leurs gestes dans leurs mimiques, dans leur mal-être avec un faciès fermé hein tu sais le faciès parle parfois beaucoup plus que le reste » (AS3, L154,155,156).</i></p>	
--	--	--	--	--

ENTRETIEN 4 : IVAN IDE INTÉRIMAIRE EHPAD

<b>Questions</b>	À quel type de violence êtes-vous confronté le plus souvent au sein de l'établissement ?	Pensez-vous que la violence et l'agressivité fassent partie de votre travail ?	Quelles sont les répercussions de cette violence sur la relation soignant-soigné ?	Comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé comme agressif ou violent ?	Pouvez-vous me raconter une situation de violence que vous avez dû gérer ?
<b>Réponse</b>	<p>« Alors c'est un peu les deux je dirais » (IDE4, L14).</p> <p>« La violence elle est entre résidents et elle peut être aussi adressée envers le personnel soignant » (IDE4, L17,18).</p> <p>« Avec l'agacement ça peut être aussi un soignant qui sans s'en rendre compte fait preuve d'agressivité envers les résidents par manque de personnel » (IDE4, L 32,33,34).</p> <p>« Comme le manque de moyens aussi » (IDE4, L36).</p> <p>« Il faut se faire aux règles de la structure sur les horaires des repas, des soins » (IDE4, L67).</p> <p>« La famille ne veut pas dire la vérité, là c'est dur » (IDE4, L69).</p>	<p>« La violence il y en a partout malheureusement » (IDE4, L23).</p> <p>« Que ce soit au travail, dans la vie personnelle, professionnelle » (IDE4, L24).</p> <p>« Il n'y a pas de la violence tous les jours et heureusement » (IDE4, L24,25).</p> <p>« Je dirais en maison de retraite ou dans les services publics ou il y a un manque de personnel ce qui peut également jouer sur le comportement » (IDE4, L 28,29).</p> <p>« C'est un motif à ne pas négliger oui</p>	<p>« Si on travaillait dans de meilleures conditions peut-être qu'il y aurait moins de soucis aussi » (IDE4, L37,38).</p> <p>« Ce sont plus des répercussions envers le résident » (IDE4, L41).</p> <p>« On n'est pas là pour rester figé sur une situation compliquée » (IDE4, L41,42).</p> <p>« Un jour le résident sera bien et le lendemain il sera moins bien » (IDE4, L46,47).</p> <p>« Si je vois que je ne vais pas y arriver oui je passe la main parce que ça ne sert à rien d'insister » (IDE4, L50,51).</p> <p>« En fait tu essaie de négocier mais ça ne marche pas toujours » (IDE4, L51).</p> <p>« Sois-je repasse plus tard soit je passe la main si c'est</p>	<p>« Insister ce n'est pas la bonne solution surtout quand le dialogue est rompu » (IDE4, L53).</p> <p>« D'abord j'évalue, je me fais ma propre idée » (IDE4, L56).</p> <p>« Je vais me présenter, discuter avec lui et s'il se montre agressif, je montre pourquoi il se montre agressif » (IDE4, L57,58).</p> <p>« Il faut garder en tête qu'il y a un deuil d'une ancienne vie quand ils arrivent ici » (IDE4, L78).</p> <p>« On réfléchit pour mettre le résident à une table ou il</p>	<p>« Des situations j'en ai mais je vais te raconter la dernière en date de la semaine dernière » (IDE4, L 84,85).</p> <p>« Je sors de l'infirmierie, je vais voir le groupe et je demande ce qu'il se passe » (IDE4, L96,97).</p> <p>« Une résidente se dirige vers moi de façon brutale » (IDE4, L97).</p> <p>« J'ai entamé une discussion longue avec ces dames » (IDE4, L99).</p> <p>« J'ai quand même demandé par précaution à ce que la résidente soit surveiller pour que cela ne dérape pas à nouveau » (IDE4, L103,104).</p>

<p>« Cela génère une forme de violence fatalement » (IDE4, L 70).</p> <p>« J'entends des cries du groupe de dames qui lui dise on ne te veut pas ici, ce sont nos fauteuils, ta rien à faire ici » (IDE4, L93,94).</p> <p>« Ta rien à faire ici toi aussi dégage » (IDE4, L97,98)</p> <p>« Cette dame était virulente ce qui m'a interpellé » (IDE4, L98).</p> <p>« Parfois ça peut aller jusqu'au mains » (IDE4, L107).</p>	<p>le manque de personnel » (IDE4, L 32).</p> <p>« La fatigue accumulée à force d'enchaîner les jours » (IDE4, L34).</p> <p>« Tout peut générer de l'agressivité » (IDE4, L36).</p> <p>« Parce que c'est stressant tout ça » (IDE4, L37).</p> <p>« Je vois une résidente passée en pleur » (IDE4, L90).</p> <p>« Ce groupe de dame est fort et parfois et bien il y a des problèmes entre-elles » (IDE4, L104,105).</p>	<p>vraiment plus possible » (IDE4, L52).</p> <p>« Je me fais ma propre idée parce que ce n'est pas parce qu'il a été agressif avant qu'il le soit forcément ici » (IDE4, L56,57).</p> <p>« Surtout que le changement de cadre quelquefois peut être la cause d'un changement de comportement » (IDE4, L60,61).</p> <p>« Il y a une perte des repères » (IDE4, L61,62).</p> <p>« C'est un nouveau lieu donc il y a un temps d'adaptation, une acceptation de ce changement de vie parfois radical » (IDE4, L62,63).</p> <p>« Tout ça c'est de la souffrance par la douleur soit par les angoisses » (IDE4, L69,70).</p> <p>« J'ai essuyé des insultes bien sur » (IDE4, L100).</p>	<p>pourra faire connaissance si c'est possible bien sûr afin de l'intégrer au mieux parmi nous tous » (IDE4, L80,81).</p> <p>« Mais ça reste des disputes qui se gèrent encore heureusement » (IDE4, L106).</p> <p>« On en parle par la suite en transmission avec la cadre parce que parfois ça peut aller jusqu'au mains » (IDE4, L106,107).</p>	
--	---	---	--	--

ENTRETIEN 5 : MARINE IDE URGENCES

Questions	À quel type de violence êtes-vous confronté le plus souvent au sein de l'établissement ?	Pensez-vous que la violence et l'agressivité fassent partie de votre travail ?	Quelles sont les répercussions de cette violence sur la relation soignant-soigné ?	Comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé comme agressif ou violent ?	Pouvez-vous me raconter une situation de violence que vous avez dû gérer ?
Réponse	<p>« Je dirais plus la violence verbale » (IDE5, L26).            « C'est plus au début qu'ils peuvent être violents » (IDE5, L27,28).            « Ils sont beaucoup plus violents avec les agents administratifs, verbalement je parle » (IDE5, L29).            « C'est vrai qu'ils sont encore dans l'énervement » (IDE5, L31).            « Mais bon y a quand même de l'énervement et de la violence verbale tant qu'ils ont mal » (IDE5, L33).            « Enfin des patients qui sont amenés par la gendarmerie, c'est un peu plus violent, même parfois</p>	<p>« On n'est pas dans un secteur où la violence est quand même prédominante » (IDE5, L50).            « On n'a pas trop de problèmes quand même » (IDE5, L53).            « Je pense que oui ça fait partie de notre travail » (IDE5, L60).            « Parce que du coup, comme on y est confronté, on est obligé de savoir un peu comment réagir même si on n'a pas toujours la bonne solution » (IDE5, L60,61,62).</p>	<p>« Ils nous arrivent d'avoir des patients quand même qui en viennent aux mains qu'on est obligé de mettre en contention chimiquement et physiquement » (IDE5, L49).            « C'est plus envers l'hôpital qu'ils en veulent que nous personnellement » (IDE5, L64,65).            « Parfois ce sont des gens qui peuvent nous rappeler d'autres gens de notre passé ou dans notre vie, y a quelquefois où c'est difficile » (IDE5, L66,67).            « Si on se sent agressé, on a</p>	<p>« Prendre du recul, se dire que ce n'est pas contre nous mais l'institution en général » (IDE5, L62,63).            « Donc faut arriver à se détacher complètement » (IDE5, L65).            « On travaille en équipe donc s'il y a quelqu'un qui a du mal avec un patient on peut facilement se donner le relais entre nous donc ça va » (IDE5, L68,69).            « Si quelqu'un nous parle mal, leur dire vous n'avez pas à parler comme, ce n'est pas ma faute ce qui vous arrive donc voilà » (IDE5, L76,77).            « Donc oui on les recadre gentiment » (IDE5, L84).            « Peut-être plus s'y mettre à plusieurs » (IDE5, L88).            « On fait venir le médecin avec nous ou des ambulanciers ou des aides-</p>	<p>« Patient installé depuis la nuit, moi je suis arrivé le matin faut juste que je me remette un peu les idées en place, non il venait d'arriver il était très agité » (IDE5, L110,111,112).            « Il ne comprenait pas qu'il fallait qu'on lui fasse une perfusion et tout ça et donc on arrive tant bien que mal en lui bloquant un petit peu à plusieurs les bras et tout à lui poser la perfusion » (IDE5, L113,114).            « Il était assis en train d'essayer de s'arracher la perfusion » (IDE5, L115).            « Un ambulancier est arrivé et qui a vu la scène qui est venu le bloquer et qui m'a dit va vite chercher un médecin » (IDE5, L 118,119).            « On a mis en place des contentions physique au patient (IDE5, L119).</p>

<p><i>physiquement, les gens sont menottés » (IDE5, L35,36,39).</i></p> <p><i>« Après il va y avoir aussi de la violence des familles, toujours verbale aussi puisque pareil l'énervement d'attendre, de ne pas savoir, et les visites qui sont interdites dans l'enceinte des urgences donc ça n'arrange pas » (IDE5, L41,42,43,44).</i></p> <p><i>« Dans la salle d'attente le temps est long pour eux donc forcément ils s'énervent » (IDE5, L46).</i></p> <p><i>« Après ils nous arrivent d'avoir des patients quand même qui en viennent aux mains » (IDE5, L48).</i></p> <p><i>« Il était très agité, il était dans son délire psy » (IDE5, L112).</i></p>	<p><i>« La plupart des patients même comprennent ce qu'on leur dit et après je change d'intonation » (IDE5, L77,78).</i></p> <p><i>« Parce que de toute façon, le patient va voir la jeune infirmière, se dire bon celle-là, je vais en faire une bouchée » (IDE5, L90,91).</i></p> <p><i>« Ce sont des patients qu'on connaît, leur passé psychiatrique et tout ça on sait d'avance qui va y avoir un problème » (IDE5, L95,96).</i></p> <p><i>« Nous ne pouvons pas prendre le risque de prendre des coups ou d'être insulté » (IDE5, L105).</i></p>	<p><i>tendance à peut-être soit se mettre en recul, soit être agressif verbalement nous aussi en répondant sèchement ou en pas répondant donc c'est vrai que ce n'est pas une solution mais quand c'est difficile quand même de faire la part des choses » (IDE5, L72,73,74,75).</i></p> <p><i>« Mais on peut leur dire vous n'avez pas à me parler comme ça, je suis pas là pour me faire insulté » (IDE5, L81,82).</i></p> <p><i>« Donc là on a installé des contentions physiquement au patient, pour mettre des contentions physiques, on est obligé de mettre une contention</i></p>	<p><i>soignants et du coup par leur carrure déjà ça met un recul à l'agitation et à la violence quoi des personnes qui sont violentes » (IDE5, L92,93,94).</i></p> <p><i>« D'avance avec le médecin on voit ce qu'on peut mettre en place de suite, faire une IM par exemple pour le calmer directement à son arrivée » (IDE5, L96,97,98).</i></p> <p><i>« Ici on est aux urgences, dans l'urgence on peut placer des contentions mais après pour les garder il faut quand même qu'il y ait un accord qui arrive » (IDE5, L130).</i></p>	<p><i>« Il a prescrit ce qu'il fallait pour le calmer et pour qu'il y ait plus de problème » (IDE5, L124,125).</i></p>
--	--	---	--	--

	<p>« Ça peut paraître très violent mais comment dire, ici ce sont les urgences on n'a pas le choix » (IDE5, L106,107).</p> <p>« J'y vais j'essaie de lui tenir le bras mais il m'a lâché le bras et il m'a envoyé une baffe dans le visage » (IDE5, L116,117).</p> <p>« Je disais au début on n'est pas trop dans une région où les gens sont vraiment très violents donc ça reste encore viable quoi » (IDE5, L160,161).</p>	<p>chimique » (IDE5, L119,120).</p> <p>« Il nous a prescrit ce qu'il fallait pour le calmer et pour qu'il y ait plus de problème » (IDE5, L124,125).</p> <p>« Y a parfois où peut être qu'on va s'emporter » (IDE5, L143).</p> <p>« Donc c'est vrai que parfois peut être qu'on s'énerve alors qu'il ne faudrait pas » (IDE5, L145,146).</p> <p>« Je pense que ça pourrait être intéressant d'avoir une formation sur les violences » (IDE5, L148,149).</p>		
--	---	---	--	--

ENTRETIEN 6 : JOHANNA IDE URGENCES

Questions	À quel type de violence êtes-vous confronté le plus souvent au sein de l'établissement ?	Pensez-vous que la violence et l'agressivité fassent partie de votre travail ?	Quelles sont les répercussions de cette violence sur la relation soignant-soigné ?	Comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé comme agressif ou violent ?	Pouvez-vous me raconter une situation de violence que vous avez dû gérer ?
Réponse	<p>« La violence physique, la violence verbale » (IDE 6, L16, 20,21,37).                      « On n'a pas forcément beaucoup de temps à leur accorder, même si on voudrait pouvoir prendre plus de temps » (IDE6, L44)                      « Les mots dépassent un peu les pensées et puis ça éclate » (IDE6, L45,46).</p>	<p>« Obligé d'y faire face à un moment donné », (IDE6, L28).                      « On ne remet pas la cause sur les patients ce ne sont pas leurs fautes, ce n'est pas volontaire. » (IDE6, L29)                      « Soit la maladie psychiatrique, soit la maladie chez la personne âgée démente » (IDE6, L30).                      « Ils ne se rendent pas compte ». (IDE6, L31).                      « On préférerait travailler autrement mais malheureusement ce n'est pas</p>	<p>« Comme on disait, les mots dépassent la pensée bah forcément nous on a plus forcément envie » (IDE6, L52,53).                      « La violence verbale ça crée des tensions, ça crée un froid » (IDE6, L55).                      « Quand on court partout bah quelquefois, se prendre des insultes c'est compliqué » (IDE6, L56).                      « Quand il y a un patient psychiatrique souvent moi je sais surtout pour les hommes, je préfère être à deux soignants » (IDE6, L67,68).                      « Parfois ça ne se passe pas bien avec quelques personnes mais avec une autre ça se passait super bien » (IDE6, L90).                      « Ce n'est pas l'idéal quand on est autant sur</p>	<p>« J'aime bien être à 2 sur les soins » (IDE6, L 72).                      « On y va à 2 » (IDE6, L87).                      « Voilà on y va en binôme pour les soins et tout ça, on ne reste pas seule » (IDE6, L89).                      « Si vraiment ça ne passe pas du tout avec la personne après faut pas hésiter à passer la main » (IDE6, L94, 95).                      « Après les agités, vraiment très agités ou ceux qui arrivent avec les gendarmes, on n'est jamais seule c'est sûr et certain, ça c'est toujours à plusieurs » (IDE6, L99, 100).</p>	<p>« Le monsieur est arrivé déjà menotter avec 4 gendarmes pour le maintenir » (IDE6, L114, 115).                      « Ils ont fait un couloir déjà pour pas qu'il cherche à passer » (IDE6, L115, 116).                      « On l'a installé d'abord sur un fauteuil, il ne se tenait pas sur le fauteuil, les gendarmes étaient dessus et il y a un autre collègue du service qui est venu renforcer » (IDE6, L116, 117, 118).                      « Il était bien agité voilà donc il y a des petites hallucinations aussi donc du coup le médecin était averti tout de suite, il nous a dit tu prépares ça et ça et vous faites » (IDE6, L119, 120).                      « On lui a mis des contentions au niveau des pieds et il était menottés derrière le dos allonger sur le brancard et avec les gendarmes et notre</p>

	<p>dépendant ». (IDE6, L 32, 33).</p> <p>« Les personnes psychiatriques sont quand même les plus agités » (IDE6, L37).</p> <p>« Ils doivent s'inquiéter » (IDE6, L42).</p> <p>« Personne n'aime travailler quand ça crie » (IDE6, L58).</p> <p>« On préfèrerait travailler correctement dans le calme » (IDE6, L59).</p> <p>« Mise en danger » (IDE6, L68).</p> <p>« Ça reste quand même des êtres humains, on n'est pas là pour se chamailler, on est pas là pour crier, non on demande juste du respect nous donc vice-versa » (IDE6, L 197, 198, 199).</p>	<p>quelqu'un d'agité voilà » (IDE6, 152,153).</p> <p>« Si y a quelqu'un de violent, directement on appelle du renfort, on ne reste pas seule » (IDE6, L177,178).</p> <p>« Face à la violence verbale a par dire s'il vous plait, ou je vous prie de rester correct quand même on fait de notre mieux voilà, toujours apaiser les choses, toujours dialoguer avec le patient au maximum, rester calme » (IDE6, L184, 185, 186).</p> <p>« Connaitre ses limites c'est important » (IDE6, L208).</p>	<p>« On est resté donc toutes les 2, les hommes maintenaient le monsieur » (IDE6, L 121, 122).</p> <p>« Oui c'est violent » (IDE6, L135).</p> <p>« On a laissé les hommes gérer » (IDE6, L157).</p>	<p>collègue qui le maintenait » (IDE6, 124, 125).</p> <p>« Il était en souffrance psychique là » (IDE6, L137).</p> <p>« On s'était quand même écartées quoi on est allées pour les soins voilà tout ce qui avait à faire on a fait » (IDE6, L158).</p> <p>« Mais après, on ne s'est pas attardées non plus à côté de lui » (IDE6, L158, 159).</p> <p>« Nous avec les agités quand on sait qu'il y a un risque, on ne reste pas devant » (IDE6, L161, 162).</p>
--	---	---	---	--

ENTRETIEN 7 : ALEX AS URGENCES

<b>Questions</b>	À quel type de violence êtes-vous confronté le plus souvent au sein du service ?	Pensez-vous que la violence et l'agressivité fassent partie de votre travail ?	Quelles sont les répercussions de cette violence sur la relation soignant-soigné ?	Comment agissez-vous lorsque le patient est annoncé comme agressif ou violent ?	Pouvez-vous me raconter une situation de violence que vous avez dû gérer ?
<b>Réponse</b>	<p>« Personnes qui arrivent alcoolisées ou alors les personnes qui ne sont pas à l'écoute de leur douleur et qui se priorisent par rapport aux autres » (AS7, L 20,21).</p> <p>« De la gestuelle, ça va être des gens qui refusent de faire soigner, qui vont être dans l'opposition » (AS7, L30,31).</p> <p>« Il y a beaucoup de précarité » (AS7, L 59, 60).</p> <p>« Il y eu quelques personnes qui étaient assez virulente » (AS7, L79).</p> <p>« Il y a eu des décompensations un peu psychiatrique » (AS7, L80).</p>	<p>« Ils peuvent mettre en place des qui peuvent permettre d'éviter de se blesser » (AS7, L33,34).</p> <p>« Bah oui c'est sur même » (AS7, L39).</p> <p>« Voilà oui c'est le service oui, après y a des gens qui travaillent en EHPAD qui doivent se dire la même chose, non mais après c'est le quotidien » (AS7, L41,42).</p> <p>« Il y aura peut-être de la violence demain » (AS7, L47).</p> <p>« Je veux dire que dans 95% du temps c'est gérable » (AS7, L48).</p> <p>« Justement ici la population est beaucoup plus calme » (AS7, L53).</p> <p>« Il n'y a pas cette agressivité qu'on voit partout, c'est beaucoup</p>	<p>« Il y a quand même maintenant beaucoup de choses qui sont mises en place pour éviter d'avoir des problèmes » (AS7, L43).</p> <p>« Il y a les forces de l'ordre, quand les personnes arrivent menottées, on a des médicaments qui peuvent permettre aussi que les patients soient relaxés, soient calmés rapidement » (AS7, L44,45).</p> <p>« Dans la mesure où je connais les antécédents du patient moi je me dis que ce n'est pas sa faute » (AS7, L66,67).</p> <p>« Bah ce qu'il risque c'est arrivé aussi » (AS7, L73).</p>	<p>« J'ai pas du tout à avoir de rancœur ou de jugement de valeur » (AS7, L67,68).</p> <p>« Autant accueillir ces gens-là sans savoir comment ils sont » (AS7, L114).</p> <p>« Au moins rester neutres et voir qu'en fait finalement il n'y a pas de jugement de valeur c'est bien » (AS7, L115).</p> <p>« Bah tant qu'on ne le voit pas, c'est vrai que parfois on a même quelquefois la possibilité de remettre la parole en doute de la personne qu'on a au téléphone, parce que souvent ils</p>	<p>« Jeune femme prévue pour la psychiatrie donc consentante sur le départ » (AS7, L147).</p> <p>« Le tranquilisant n'a pas fait réellement effet » (AS7, L149,150).</p> <p>« Le moment où on s'est retournés, elle s'est levée d'un coup et elle a sauté du brancard jusqu'à la porte, elle a fait un bon » (AS7, L151,152).</p> <p>« Elle a fait une vingtaine de mètres et on a pu l'arrêter à ce moment-là » (AS7, L155).</p>

<p>« C'est pour le dossier qu'ils explosent qui viennent vous mettre front contre front ou alors qui forcent la porte pour venir vous dire maintenant ça suffit » (AS7, L84, 85).</p> <p>« Parfois ils donnent le change » (AS7, L131).</p> <p>« Puis ça vrille au bout de 8 secondes » (AS7, L132).</p> <p>« Il y a beaucoup de gens qui essayent la manipulation » (AS7, L133).</p> <p>« Avec une sacrée force et là on a volé tous » (AS7, L152, 153).</p> <p>« Ils se jettent leurs venins pour vraiment se donner une mauvaise image quoi » (AS7, L173, 174).</p>	<p>plus calme » (AS7, L56,57).</p> <p>« C'est-à-dire qu'on a le même résultat l'agressivité et l'afflux et la tension heu on la ressent partout en fait » (AS7, L95,96).</p> <p>« Il y a des périodes en fait et la fin d'année, aussi à certains moments pendant ces 3 dernières années, il y a des périodes forcément après ce sont des causes conséquentes » (AS7, L103,104,105).</p> <p>« On a ce degré d'encaisser au début » (AS7, L140,141).</p> <p>« On l'a arrêté devant la porte, on lui a donner quelque chose pour la calmer et qu'elle soit transportable sans problème » (AS7, L154,158).</p> <p>« Franchement il y a rarement des problèmes » (AS7, L164).</p> <p>« Il y a quelque chose que je ne comprendrais</p>	<p>« Je leur dit vous êtes passible d'une amende » (AS7, L78).</p> <p>« Là on est obligé de mettre en place la loi, de dire on va faire appliquer la loi » (AS7, L85,86).</p> <p>« Puis au moins, ça ne va pas plus loin, et ça peut aller loin quoi » (AS7, L88,89).</p> <p>« Surtout pas banaliser l'urgence » (AS7, L117,118).</p> <p>« Bah ça doit être rien parce que souvent il vient et souvent c'est du cinéma bah non autant cette fois-là ça peut être vraiment un problème, pour moi c'est super important » (AS7, L118,119,120).</p> <p>« Il y a peut-être quelque chose de sous-jacent dans les visites qui fait ici ce sont peut-être des appels à l'aide, de la solitude aussi » (AS7, L122,123).</p>	<p>extrapolent un peu » (AS7, L126,127,128).</p> <p>« On attend de voir » (AS7, L135).</p> <p>« Si tu veux, on ne prépare pas une seringue d'hypnovel à l'avance quoi » (AS7, L137).</p> <p>« On a tout ce qu'il faut sous la main donc on attend de voir » (AS7, L144).</p> <p>« Je suis très observateur, c'est quelque chose qui me plait en plus » (AS7, L183).</p>	
--	--	--	---	--

	<p><i>jamais, c'est pourquoi les gens sont agressifs face à des gens qui veulent les soigner » (AS7, L168,169).</i></p>	<p><i>« Il fallait médicaliser ou entraver » (AS7, L165).</i></p> <p><i>« L'être humain il est tout le temps dans l'ignorance et le problème c'est qu'en fait il entend mais il n'écoute pas » (AS7, L172,173).</i></p> <p><i>« J'ai eu plusieurs fois le cas et en sortant de la salle d'attente, j'ai demandé à la personne mais qu'est ce vous n'avez pas compris ? puisque vous sortez d'ici et apparemment tout va bien » (AS7, L174,175,176).</i></p>		
--	---	---	--	--

## ANNEXE VI : GRILLES D'ANALYSE DES QUESTIONS

### QUESTION N°1

Question : A quel type de violence êtes-vous confronté le plus souvent au sein du service ?		Cadre de référence
IDE 1	<p>« Alors la violence à laquelle je suis confronté directement ici, je pense d'abord aux personnes qui sont atteintes de démences c'est vrai qu'ils peuvent avoir des comportements violents » (IDE1, L12,13,14).</p> <p>« On peut adopter des comportements qui nous paraissent à nous anodins mais qui pour eux qui sont atteints de pathologies démentielles, ils peuvent le percevoir tout autrement et le percevoir comme agressif » (IDE1, L 15,16,17).</p> <p>« Du coup en réponse ils vont devenir violents à leur tour » (IDE1, L18).</p> <p>« J'ai entendu des échanges houleux » (IDE1, L19,20).</p> <p>« Le résident a refusé sans raison apparente » (IDE1, L24).</p> <p>« Mais un refus n'est jamais sans cause sous-jacente » (IDE1, L24,25).</p> <p>« La violence est brutale, sèche, brutale et blessante » (IDE1, L 98).</p> <p>« J'ai envie de vous dire que la violence est quotidienne et institutionnelle aussi » (IDE1, L98,99).</p> <p>« Par-là, je veux dire qu'un patient qui arrive chez nous va devoir faire face à des impératifs, à des règles imposées par l'établissement aussi » (IDE1, L99,100).</p> <p>« Pour lui la violence peut prendre plein de formes » (IDE1, L100,101).</p> <p>« Il me répond qu'il n'en veut pas d'un ton ferme » (IDE1, L128).</p>	<p>« Concept d'agressivité et de violence »</p> <p>« Origine du concept d'agressivité »</p> <p>« Violence »</p> <p>« Stéréotypes »</p>
AS 2	<p>« Les types de violences qu'on a c'est la plupart du temps beaucoup de personnes qui ont une certaine démence » (AS2, L23,24).</p> <p>« Certaines pathologies qui forment une démence pour être précise. Les agressivités peuvent être multiples » (AS2, L24,25).</p> <p>« Elles peuvent être aussi bien de la part des résidents que de la part des familles qui sont dans l'incompréhension de la maladie de leur proche souvent » (AS2, L25,26).</p> <p>« J'ai connu que la violence verbale, les résidents ce sont des insultes, parfois ils nous crachent dessus, nous pincant, nous mordent » (AS2, L30,31).</p> <p>« Ensuite bah les familles c'est plus de la violence verbale » (AS2, L32).</p> <p>« C'est un monsieur qui mesure 1m90 moi je fais 1m55 donc il est clair que je ne faisais pas le poids quoi qu'il arrive » (AS2, L217,128).</p>	<p>« Stéréotypes »</p> <p>« Concept d'agressivité et de violence »</p> <p>« Origine du concept agressivité »</p>

<p><b>AS</b> <b>3</b></p>	<p>« D'accord, alors la parole » (AS3, L61).  « Beaucoup de violence verbale et gestuelle parfois » (AS3, L63).  « Violent physiquement la nuit ça arrive mais ça reste rare je trouve » (AS3, L65).  « C'est comme les personnes de la vie de tous les jours qu'on peut rencontrer dans le personnel, qui peuvent exploser et puis voilà » (AS3, L69,70,71).  « Il faut laisser la douleur sortir parce qu'il y a peut-être aussi un ras-le-bol pour le personnel aussi » (AS3, L 71,72).  « D'être confronté à ça et puis pas être habitué à ça et puis pas savoir comment faire avec les gens, c'est difficile l'approche avec les résidents qui ont un comportement comme ça voilà quoi » (AS3, L74,75,76).  « On n'est pas là pour envenimer les choses » (AS3, L193).  « C'est sur quand le résident veut s'exprimer bah parfois, il s'exprime par la colère, par des gestes » (AS3, L99,100).</p>	<p>« La violence »  « La communication »  « La violence dans le soin »  « Attribut du concept d'agressivité »  « Concept d'agressivité et de violence »</p>
<p><b>IDE</b> <b>4</b></p>	<p>« Alors c'est un peu les deux je dirais » (IDE4, L14).  « La violence elle est entre résidents et elle peut être aussi adressée envers le personnel soignant » (IDE4, L17,18).  « Avec l'agacement ça peut être aussi un soignant qui sans s'en rendre compte fait preuve d'agressivité envers les résidents par manque de personnel » (IDE4, L 32,33,34).  « Comme le manque de moyens aussi » (IDE4, L36).  « Il faut se faire aux règles de la structure sur les horaires des repas, des soins » (IDE4, L67).  « La famille ne veut pas dire la vérité, là c'est dur » (IDE4, L69).  « Cela génère une forme de violence fatalement » (IDE4, L 70).  « J'entends des cries du groupe de dames qui lui dise on ne te veut pas ici, ce sont nos fauteuils, ta rien à faire ici » (IDE4, L93,94).  « Ta rien à faire ici toi aussi dégage » (IDE4, L97,98)  « Cette dame était virulente ce qui m'a interpellé » (IDE4, L98).  « Parfois ça peut aller jusqu'au mains » (IDE4, L107).</p>	<p>« Concepts d'agressivité et de violence »  « Origine du concept d'agressivité »  « Attribut du concept d'agressivité »  « Violence »</p>
<p><b>IDE</b> <b>5</b></p>	<p>« Je dirais plus la violence verbale » (IDE5, L26).  « C'est plus au début qu'ils peuvent être violents » (IDE5, L27,28).  « Ils sont beaucoup plus violents avec les agents administratifs, verbalement je parle » (IDE5, L29).  « C'est vrai qu'ils sont encore dans l'énervement » (IDE5, L31).</p>	<p>« Violence »  « La violence dans le soin »</p>

	<p>« Mais bon y a quand même de l'énerverment et de la violence verbale tant qu'ils ont mal » (IDE5, L33).</p> <p>« Enfin des patients qui sont amenés par la gendarmerie, c'est un peu plus violent, même parfois physiquement, les gens sont menottés » (IDE5, L35,36,39).</p> <p>« Après il va y avoir aussi de la violence des familles, toujours verbale aussi puisque pareil l'énerverment d'attendre, de ne pas savoir, et les visites qui sont interdites dans l'enceinte des urgences donc ça n'arrange pas » (IDE5, L41,42,43,44).</p> <p>« Dans la salle d'attente le temps est long pour eux donc forcément ils s'énervent » (IDE5, L46).</p> <p>« Après ils nous arrivent d'avoir des patients quand même qui en viennent aux mains » (IDE5, L48).</p> <p>« Il était très agité, il était dans son délire psy » (IDE5, L112).</p>	<p>« Concept d'agressivité et de violence »</p> <p>« Attribut du concept d'agressivité »</p>
<p><b>IDE</b> <b>6</b></p>	<p>« La violence physique, la violence verbale » (IDE 6, L16, 20,21,37).</p> <p>« On n'a pas forcément beaucoup de temps à leur accorder, même si on voudrait pouvoir prendre plus de temps » (IDE6, L44)</p> <p>« Les mots dépassent un peu les pensées et puis ça éclate » (IDE6, L45,46)</p>	<p>« La violence dans le soin »</p> <p>« Violence »</p> <p>« Communication »</p> <p>« Concept d'agressivité et de violence »</p>
<p><b>AS</b> <b>7</b></p>	<p>« Personnes qui arrivent alcoolisées ou alors les personnes qui ne sont pas à l'écoute de leur douleur et qui se priorisent par rapport aux autres » (AS7, L 20,21).</p> <p>« De la gestuelle, ça va être des gens qui refusent de faire soigner, qui vont être dans l'opposition » (AS7, L30,31).</p> <p>« Il y a beaucoup de précarité » (AS7, L 59, 60).</p> <p>« Il y eu quelques personnes qui étaient assez virulente » (AS7, L79).</p> <p>« Il y a eu des décompensations un peu psychiatrique » (AS7, L80).</p> <p>« C'est pour le dossier qu'ils explosent qui viennent vous mettre front contre front ou alors qui forcent la porte pour venir vous dire maintenant ça suffit » (AS7, L84, 85).</p> <p>« Parfois ils donnent le change » (AS7, L131).</p> <p>« Puis ça vrille au bout de 8 secondes » (AS7, L132).</p> <p>« Il y a beaucoup de gens qui essayent la manipulation » (AS7, L133).</p> <p>« Avec une sacrée force et là on a volé tous » (AS7, L152, 153).</p> <p>« Ils se jettent leurs venins pour vraiment se donner une mauvaise image quoi » (AS7, L173, 174).</p>	<p>« Représentations sociales »</p> <p>« Préjugés »</p> <p>« Stéréotypes »</p> <p>« Violence »</p> <p>« Concepts d'agressivité et de violence » relation de soin : un rapport asymétrique »</p>

QUESTION N°2

Question : Pensez-vous que la violence et l'agressivité fassent partie de votre travail ?		Cadre de références
IDE 1	<p>« Je pense que la violence oui forcément en fait partie » (IDE1, L34).</p> <p>« Quand on travaille avec l'humain, forcément on peut être amené à être confronté à pleins de situations différentes, pleines d'émotions et la violence et/ou l'agressivité en fait indéniablement partie oui » (IDE1, L34,35,36).</p> <p>« Ce qui est important je pense, c'est de savoir la reconnaître et de ne pas être dans le jugement » (IDE1, L37,38).</p> <p>« Être capable de se dire qu'on peut prendre de la hauteur en se demandant, qu'est-ce qui a fait à ce moment-là que le résident a été violent ? » (IDE1, L38,39).</p> <p>« La raison n'est pas toujours évidente, mais ce n'est pas pour autant qu'il faut banaliser la violence » (IDE1, L41,42).</p> <p>« Je pense qu'il est important d'en parler en équipe, d'échanger sur les difficultés rencontrées » (IDE1, L43,44).</p> <p>« Parce que la violence même si elle fait partie malheureusement des contacts humains ce n'est pas une raison pour la banaliser » (IDE1, L46,47).</p> <p>« Il ne faut pas prendre ça comme une finalité en soi et toujours essayer d'adapter sa pratique, d'adapter son comportement et d'en parler en équipe » (IDE1, L48,49,50).</p> <p>« J'essaie de faire redescendre la pression ou de détourner l'attention dans un premier temps parce qu'après on ne peut pas tout accepter non plus » (IDE1, L86,87).</p> <p>« C'est une position délicate qui peut mettre à mal la posture professionnelle » (IDE1, L89,90).</p> <p>« Répondre à la violence par de la violence c'est pour moi vraiment le pire qui pourrait arriver » (IDE1, L91,92).</p> <p>« Le simple fait d'être mis en chambre double avec un résident qu'il ne connaît pas, partager son intimité avec lui, pour ma part, je trouve que c'est déjà violent » (IDE1, L101,102,103).</p> <p>« Écoutez, j'en ai marre de tous les médicaments et c'est vrai qu'il en a beaucoup à prendre, sa lassitude est justifiée mais je n'ai pas le choix » (IDE1, L142,143).</p>	<p>« Agressivité du patient VS agressivité du soignant »</p> <p>« Utilisation du concept dans la pratique professionnelle »</p> <p>« Violence »</p> <p>« Concept d'agressivité et de violence »</p> <p>« La violence dans le soin »</p> <p>« Le soignant face à « la souffrance »</p>

<p><b>AS</b> <b>2</b></p>	<p>« <i>Oui je m’y attendais oui bien sur</i> » (AS2, L36).  « <i>Malgré tout on essaie de gérer cette situation d’agressivité. Soit on le travail par la formation sur l’Humanitude qui est une formation interne, soit on essaie de trouver des solutions par rapport au résident</i> » (AS2, L36,37,38).  « <i>C’est à nous vraiment de trouver une solution en fonction des résidents pour éviter en fait qu’ils soient agressifs ou qu’ils ne le deviennent par la suite</i> » (AS2, L42,43).  « <i>Finalemnt c’est un métier difficile et il faut se remettre en question quoi qu’il arrive</i> » (AS2, L143).  « <i>Ne jamais avoir honte de dire à la cadre de service les difficultés que l’on rencontre afin de trouver des solutions rapides</i> » (AS2, L144,145).</p>	<p>« Concept d’agressivité et de violence »  « Origine du concept agressivité »  Attribut du concept d’agressivité »  « Violence »</p>
<p><b>AS</b> <b>3</b></p>	<p>« <i>Bien sur oui parce que déjà la violence on la rencontre dans la vie de tous les jours donc par rapport à la personne âgé qui vit en établissement qu’il n’a pas choisi, on leur impose parfois ce placement, ou du fait de leur pathologie, par rapport à leur caractère, par rapport a leur vie d’antan, qui peuvent ressortir au moment de la vieillesse, des souffrances</i> » (AS3, L79,80,81,82,83).  « <i>J’ai connu une dame qui était très désagréable, une résidente toute nouvelle pour moi qui n’était pas gentille du tout envers-moi dans ses paroles</i> » (AS3, L83,84,85).  « <i>En tout cas, j’ai essayé de comprendre pourquoi elle était agressive, parce qu’on n’est pas forcément agressif pour dire on est agressif, c’est bien parce qu’on a subi dans sa jeunesse, ou dans sa vie des agressions qu’ils n’ont pas pu extérioriser</i> » (AS3, L95,96,97).  « <i>On a le psychologue maintenant donc c’est vrai que quand il y a un problème, il intervient et nous fait un retour par la suite</i> » (AS3, L159,160).  « <i>Moi, j’ai appris à gérer les crises par rapport à mes divers métiers, l’expérience est aussi importante je pense</i> » (AS3, L197,198).</p>	<p>« La violence dans le soin »  « Violence »  « Origine du concept agressivité »  « Stéréotypes »  « Préjugés »  « Représentations sociales »  « Concept d’agressivité et de violence »</p>
<p><b>IDE</b> <b>4</b></p>	<p>« <i>La violence il y en a partout malheureusement</i> » (IDE4, L23).  « <i>Que ce soit au travail, dans la vie personnelle, professionnelle</i> » (IDE4, L24).  « <i>Il n’y a pas de la violence tous les jours et heureusement</i> » (IDE4, L24,25).  « <i>Je dirais en maison de retraite ou dans les services publics ou il y a un manque de personnel ce qui peut également jouer sur le comportement</i> » (IDE4, L 28,29).  « <i>C’est un motif à ne pas négliger oui le manque de personnel</i> » (IDE4, L 32).</p>	<p>« Origine du concept agressivité »  « Attribut du concept d’agressivité »</p>

	<p>« La fatigue accumulée à force d'enchaîner les jours » (IDE4, L34).  « Tout peut générer de l'agressivité » (IDE4, L36).  « Parce que c'est stressant tout ça » (IDE4, L37).  « Je vois une résidente passée en pleur » (IDE4, L90).  « Ce groupe de dame est fort et parfois et bien il y a des problèmes entre-elles » (IDE4, L104,105).</p>	<p>« Représentations sociales »  « Agressivité du patient/agressivité du soignant »</p>
<p><b>IDE 5</b></p>	<p>« On n'est pas dans un secteur où la violence est quand même prédominante » (IDE5, L50).  « On n'a pas trop de problèmes quand même » (IDE5, L53).  « Je pense que oui ça fait partie de notre travail » (IDE5, L60).  « Parce que du coup, comme on y est confronté, on est obligé de savoir un peu comment réagir même si on n'a pas toujours la bonne solution » (IDE5, L60,61,62).  « La plupart des patients même comprennent ce qu'on leur dit et après je change d'intonation » (IDE5, L77,78).  « Parce que de toute façon, le patient va voir la jeune infirmière, se dire bon celle-là, je vais en faire une bouchée » (IDE5, L90,91).  « Ce sont des patients qu'on connaît, leur passé psychiatrique et tout ça on sait d'avance qui va y avoir un problème » (IDE5, L95,96).  « Nous ne pouvons pas prendre le risque de prendre des coups ou d'être insulté » (IDE5, L105).  « Ça peut paraître très violent mais comment dire, ici ce sont les urgences on n'a pas le choix » (IDE5, L106,107).  « J'y vais j'essaie de lui tenir le bras mais il m'a lâché le bras et il m'a envoyé une baffe dans le visage » (IDE5, L116,117).  « Je disais au début on n'est pas trop dans une région où les gens sont vraiment très violents donc ça reste encore viable quoi » (IDE5, L160,161).</p>	<p>« La violence dans le soin »  « Concept d'agressivité et de violence »  « Préjugés »  « Représentations sociales »  « Stéréotypes »</p>
<p><b>IDE 6</b></p>	<p>« Obligé d'y faire face à un moment donné », (IDE6, L28).  « On ne remet pas la cause sur les patients ce ne sont pas leurs fautes, ce n'est pas volontaire. » (IDE6, L29)  « Soit la maladie psychiatrique, soit la maladie chez la personne âgée démente » (IDE6, L30).  « Ils ne se rendent pas compte ». (IDE6, L31).  « On préférerait travailler autrement mais malheureusement ce n'est pas dépendant ». (IDE6, L 32, 33).  « Les personnes psychiatriques sont quand même les plus agités » (IDE6, L37). « Ils doivent s'inquiéter » (IDE6, L42).</p>	<p>« La violence dans le soin »  « Violence »  Origine du concept d'agressivité »</p>

	<p>« Personne n'aime travailler quand ça crie » (IDE6, L58). « On préférerait travailler correctement dans le calme » (IDE6, L59).</p> <p>« Mise en danger » (IDE6, L68).</p> <p>« Ça reste quand même des êtres humains, on n'est pas là pour se chamailler, on est pas là pour crier, non on demande juste du respect nous donc vice-versa » (IDE6, L 197, 198, 199).</p>	<p>« Concept d'agressivité et de violence »</p> <p>Stéréotypes »</p> <p>« Préjugés »</p> <p>« Représentations sociales »</p>
<p><b>IDE</b> <b>7</b></p>	<p>« Ils peuvent mettre en place des qui peuvent permettre d'éviter de se blesser » (AS7, L33,34).</p> <p>« Bah oui c'est sur même » (AS7, L39).</p> <p>« Voilà oui c'est le service oui, après y a des gens qui travaillent en EHPAD qui doivent se dire la même chose, non mais après c'est le quotidien » (AS7, L41,42).</p> <p>« Il y aura peut-être de la violence demain » (AS7, L47).</p> <p>« Je veux dire que dans 95% du temps c'est gérable » (AS7, L48).</p> <p>« Justement ici la population est beaucoup plus calme » (AS7, L53).</p> <p>« Il n'y a pas cette agressivité qu'on voit partout, c'est beaucoup plus calme » (AS7, L56,57).</p> <p>« C'est-à-dire qu'on a le même résultat l'agressivité et l'afflux et la tension heu on la ressent partout en fait » (AS7, L95,96).</p> <p>« Il y a des périodes en fait et la fin d'année, aussi à certains moments pendant ces 3 dernières années, il y a des périodes forcément après ce sont des causes conséquentes » (AS7, L103,104,105).</p> <p>« On a ce degré d'encaisser au début » (AS7, L140,141).</p> <p>« On l'a arrêté devant la porte, on lui a donner quelque chose pour la calmer et qu'elle soit transportable sans problème » (AS7, L 154,158).</p> <p>« Franchement il y a rarement des problèmes » (AS7, L164).</p> <p>« Il y a quelque chose que je ne comprendrais jamais, c'est pourquoi les gens sont agressifs face à des gens qui veulent les soigner » (AS7, L168,169).</p>	<p>« La violence dans le soin »</p> <p>« Violence »</p> <p>« Concepts d'agressivité et de violence »</p> <p>« La relation de soin : un rapport asymétrique »</p> <p>« La communication »</p>

QUESTION N°3

Question : quelles sont les répercussions de cette violence sur la relation soignant-soigné ?		Cadre de références
IDE 1	<p>« C'est vrai que ce n'est pas un environnement sain que de côtoyer la violence donc forcément c'est stressant pour nous, pour le résident et je pense que la relation est impactée » (IDE1, L50,51,52).</p> <p>« Même si on ne veut pas bah on va apporter des réactions en tant que soignant parfois négatives » (IDE1, L 52,53).</p> <p>« Il ne sera pas facile de mettre en place une relation de confiance » (IDE1, L54).</p> <p>« Les répercussions bah il y en a beaucoup bien sûr » (IDE1, L58).</p> <p>« Déjà comme te disais quand il y a de la violence, la relation est entachée » (IDE1, L58,59).</p> <p>« C'est vrai que la relation de soin n'est pas toujours facile » (IDE1, L59,60).</p> <p>« Cela peut engendrer beaucoup de choses » (IDE1, L62).</p> <p>« Pour le soignant cela peut engendrer une envie de ne pas entretenir la relation » (IDE1, L63).</p> <p>« J'ai souvenir que les personnes décrites comme violentes et bien malheureusement les soins étaient faits rapidement » (IDE1, L65,66).</p> <p>« De mon statut d'étudiante effectivement, j'ai pu constater que les soins se faisaient assez vite par peur peut-être je ne sais pas du moins je l'imagine » (IDE1, L68,69).</p> <p>« Parfois on pouvait passer à côté de ce diagnostic parce qu'on n'avait pas envie de se pencher plus que ça sur le ressenti du résident dans la relation, sur son vécu » (IDE1, L69,70,71).</p> <p>« Parce que l'engrenage dans la relation arrive vite. On va se dire il va forcément être violent aujourd'hui, je n'ai pas envie de faire face à cela et donc la relation de soin va devenir plus superficielle » (IDE1, L74,75,76).</p> <p>« Au niveau des répercussions certains soignants se disent ici qu'ils ne sont pas toujours de bons soignants parce qu'ils n'arrivent pas à déceler les formes d'agressivité et de ce fait en sont victimes » (IDE1, L78,79,80).</p> <p>« Je pense qu'il y a un réel impact sur le soin quand la relation est rompue c'est vrai et le risque est de devenir à son tour agressif » (IDE1, L80,81).</p> <p>« C'est-à-dire de répondre à la violence et/ou l'agressivité par effet miroir » (IDE1, L81,82).</p> <p>« Je préviens ce risque, la personne violente ou agressive est en souffrance c'est certain donc sans banaliser la situation bien sûr parce que ce n'est pas anodin et sans séquelles pour nous tous » (IDE1, L84,85,86).</p>	<p>« Relation soignant-soigné »</p> <p>« La relation de soin : un rapport asymétrique »</p> <p>« L'empathie »</p> <p>« La congruence »</p> <p>« Les préjugés »</p> <p>« Agressivité dans la relation soignant-soigné »</p>

	<p>« Il est vrai qu'avec le recul, je pense que j'ai été lourde en insistant comme je l'ai fait. Il s'est levé, à jeter tout son repas au sol et à hurler qu'il était encore capable de décider pour lui » (IDE1, L128,129,130).</p> <p>« Je n'ai jamais travailler en psychiatrie et c'est vrai que cette expérience manque ici » (IDE1, L144,145).</p> <p>« Nous recevons de plus en plus de résidents atteint de pathologies psychiatriques, donc là tu vois la situation aurait pu dégénérer bien plus » (ide1, L145,146).</p> <p>« Donc il faut toujours réfléchir, toujours être dans le questionnement ça fait partie des indispensables pour arriver à gérer des situations difficiles est toujours travailler en équipe ça c'est vraiment une base solide sur laquelle on peut s'appuyer en tant que soignant » (IDE1, L148,149,150).</p>	
AS 2	<p>« Faut qu'on continue toujours à prendre du recul » (AS2, L48).</p> <p>« Il y a des solutions qui vont très bien marchées 1jour, 2 jours, 1 semaine, 15 jours et puis 1 jour et bah on voit que cette résidente ne veut plus de cet accompagnement-là » (AS2, L49,50,51).</p> <p>« C'est à nous de trouver une autre solution, une autre adaptation par rapport à la personne » (AS2, L50,51,52).</p> <p>« Il faut trouver un compromis, s'adapter à la situation pour le bien être du résident » (AS2, L55,56).</p> <p>« On passe la main, ça m'ait arrivé d'ailleurs beaucoup sur l'unité Alzheimer ou je travaille beaucoup » (AS2, L59,60).</p> <p>« On est censé quand on rencontre une difficulté avec un résident laisser le binôme prendre le relai afin qu'il fasse ce qu'il peut » (AS2, L60,61).</p> <p>« C'est une personne qui va avoir besoin de soin et même si elle est violente ou pas, comme je dis c'est vraiment à nous de nous adapter, de trouver une solution quoi qu'il arrive et c'est tout un travail d'équipe » (AS2, L81,82,83).</p> <p>« On se retrouve avec des résidents polypathologiques ce qui fait que nous ne sommes pas armés pour répondre réellement à leurs mal-être » (AS2, L133,134,135).</p> <p>« Soyons honnêtes, on n'a pas toujours les bons mots, on n'a pas les armes pour être avec des pathologies psychiatriques » (AS2, L135,136).</p> <p>« Les résidents qui ne sont pas stabilisés ou autre, la gestion en cas de conflit est difficile » (AS2, L136,137).</p> <p>« Certains ont une formation plus importante que nous les aides-soignants ce qui facilite peut-être » (AS2, L137,138).</p>	<p>« Agressivité dans la relation soignant-soigné »</p> <p>« Agressivité du patient / agressivité du soignant »</p> <p>« La communication »</p>
IDE 3	<p>« Moi derrière tout ça, derrière son discours, j'ai pu comprendre pourquoi elle était agressive » (AS3, L92,93).</p>	

	<p>« Alors la si on n'en parle pas ça peut devenir dramatique. Avant on avait des groupes de paroles et plus maintenant, je trouve ça dommage » (AS3, L104,105).</p> <p>« On pouvait échanger sur nos difficultés sans jugement par rapport à des entrées de résidents, de la violence qu'il pouvait y avoir mais aussi au niveau du personnel » (AS3, L106,107).</p> <p>« Et les groupes de parole ça me manque un peu ici, il faut libérer la parole mais sur tous les sujets » (AS3, L109,110).</p> <p>« Dire les choses ce n'est jamais facile, parce que ta pas envie de blesser » (AS3, L115,116).</p> <p>« De tout garder pour soi créer un mal-être au travail, conduit au burn-out et c'est la décadence voilà » (AS3, L118,119).</p> <p>« Cela se répercute forcément sur la prise en charge du résident. Dès l'instant où tu n'es pas bien dans ton travail, tu as un mal-être, si tu ne peux pas discuter, partager ou essayer de trouver je ne sais pas heu une entente, pour moi il y a des répercussions sur le soin » (AS3, L 124,125,126).</p> <p>« Il peut être mal par rapport à un moment de la journée, il peut être pas bien de la journée, il est agressif et la nuit il ne va pas être agressif » (AS3, L134,135,136).</p> <p>« Il peut y avoir une agressivité par rapport à une histoire de sa vie qu'on ne connaît pas ou par rapport à un mal être, sur son autonomie ou son corps, on ne dit pas il est agressif il sera toujours agressif » (AS3, L151,152,153,154).</p> <p>« C'est enrichissant dans le sens si tu vas au clash, tu te remets en question » (AS3, L 188,189).</p>	<p>« Communication »</p> <p>« La violence dans le soin »</p> <p>« Agressivité dans la relation soignant-soigné »</p> <p>« Agressivité du soignant/agressivité du soignant »</p>
<p><b>IDE</b> <b>4</b></p>	<p>« Si on travaillait dans de meilleures conditions peut-être qu'il y aurait moins de soucis aussi » (IDE4, L37,38).</p> <p>« Ce sont plus des répercussions envers le résident » (IDE4, L41).</p> <p>« On n'est pas là pour rester figé sur une situation compliquée » (IDE4, L41,42).</p> <p>« Un jour le résident sera bien et le lendemain il sera moins bien » (IDE4, L46,47).</p> <p>« Si je vois que je ne vais pas y arriver oui je passe la main parce que ça ne sert à rien d'insister » (IDE4, L50,51).</p> <p>« En fait tu essaie de négocier mais ça ne marche pas toujours » (IDE4, L51).</p> <p>« Sois-je repasse plus tard soit je passe la main si c'est vraiment plus possible » (IDE4, L52).</p> <p>« Je me fais ma propre idée parce que ce n'est pas parce qu'il a été agressif avant qu'il le soit forcément ici » (IDE4, L56,57).</p> <p>« Surtout que le changement de cadre quelquefois peut être la cause d'un changement de comportement » (IDE4, L60,61).</p> <p>« Il y a une perte des repères » (IDE4, L61,62).</p>	<p>« Agressivité dans la relation soignant-soigné »</p> <p>« Violence »</p> <p>« La violence dans le soin »</p> <p>« La relation de soin : un rapport asymétrique »</p>

	<p>« C'est un nouveau lieu donc il y a un temps d'adaptation, une acceptation de ce changement de vie parfois radical » (IDE4, L62,63).</p> <p>« Tout ça c'est de la souffrance par la douleur soit par les angoisses » (IDE4, L69,70).</p> <p>« J'ai essayé des insultes bien sur » (IDE4, L100).</p>	
IDE 5	<p>« Ils nous arrivent d'avoir des patients quand même qui en viennent aux mains qu'on est obligé de mettre en contention chimiquement et physiquement » (IDE5, L49).</p> <p>« C'est plus envers l'hôpital qu'ils en veulent que nous personnellement » (IDE5, L64,65).</p> <p>« Parfois ce sont des gens qui peuvent nous rappeler d'autres gens de notre passé ou dans notre vie, y a quelquefois où c'est difficile » (IDE5, L66,67).</p> <p>« Si on se sent agressé, on a tendance à peut-être soit se mettre en recul, soit être agressif verbalement nous aussi en répondant sèchement ou en pas répondant donc c'est vrai que ce n'est pas une solution mais quand c'est difficile quand même de faire la part des choses » (IDE5, L 72,73,74,75).</p> <p>« Mais on peut leur dire vous n'avez pas à me parler comme ça, je suis pas là pour me faire insulter » (IDE5, L81,82).</p> <p>« Donc là on a installé des contentions physiquement au patient, pour mettre des contentions physiques, on est obligé de mettre une contention chimique » (IDE5, L119,120).</p> <p>« Il nous a prescrit ce qu'il fallait pour le calmer et pour qu'il y ait plus de problème » (IDE5, L124,125).</p> <p>« Y a parfois où peut être qu'on va s'emporter » (IDE5, L143).</p> <p>« Donc c'est vrai que parfois peut être qu'on s'énerve alors qu'il ne faudrait pas » (IDE5, L145,146).</p> <p>« Je pense que ça pourrait être intéressant d'avoir une formation sur les violences » (IDE5, L148,149).</p>	<p>« La violence dans le soin »</p> <p>« Agressivité dans la relation soignant-soigné »</p> <p>« Origine du concept d'agressivité »</p> <p>« Attribut du concept d'agressivité »</p> <p>« Communication »</p> <p>« La considération positive inconditionnelle »</p>
IDE 6	<p>« Comme on disait, les mots dépassent la pensée bah forcément nous on a plus forcément envie » (IDE6, L52,53).</p> <p>« La violence verbale ça crée des tensions, ça crée un froid » (IDE6, L55).</p> <p>« Quand on court partout bah quelquefois, se prendre des insultes c'est compliqué » (IDE6, L56).</p> <p>« Quand il y a un patient psychiatrique souvent moi je sais surtout pour les hommes, je préfère être à deux soignants » (IDE6, L67,68).</p> <p>« Parfois ça ne se passe pas bien avec quelques personnes mais avec une autre ça se passait super bien » (IDE6, L90).</p> <p>« Ce n'est pas l'idéal quand on est autant sur quelqu'un d'agité voilà » (IDE6, 152,153).</p> <p>« Si y a quelqu'un de violent, directement on appelle du renfort, on ne reste pas seule » (IDE6, L177,178).</p>	<p>« Communication »</p> <p>« La violence dans le soin »</p> <p>« Attribut du concept d'agressivité »</p> <p>« Origine du concept d'agressivité »</p>

	<p>« Face à la violence verbale a par dire s'il vous plait, ou je vous prie de rester correct quand même on fait de notre mieux voilà, toujours apaiser les choses, toujours dialoguer avec le patient au maximum, rester calme » (IDE6, L184, 185, 186).</p> <p>« Connaitre ses limites c'est important » (IDE6, L208).</p>	<p>« Agressivité dans la relation soignant-soigné »</p>
<p>IDE 7</p>	<p>« Il y a quand même maintenant beaucoup de choses qui sont mises en place pour éviter d'avoir des problèmes » (AS7, L43).</p> <p>« Il y a les forces de l'ordre, quand les personnes arrivent menottées, on a des médicaments qui peuvent permettre aussi que les patients soient relaxés, soient calmés rapidement » (AS7, L44,45).</p> <p>« Dans la mesure où je connais les antécédents du patient moi je me dis que ce n'est pas sa faute » (AS7, L66,67).</p> <p>« Bah ce qu'il risque c'est arrivé aussi » (AS7, L73).</p> <p>« Je leur dit vous êtes passible d'une amende » (AS7, L78).</p> <p>« Là on est obligé de mettre en place la loi, de dire on va faire appliquer la loi » (AS7, L85,86).</p> <p>« Puis au moins, ça ne va pas plus loin, et ça peut aller loin quoi » (AS7, L88,89).</p> <p>« Surtout pas banaliser l'urgence » (AS7, L117,118).</p> <p>« Bah ça doit être rien parce que souvent il vient et souvent c'est du cinéma bah non autant cette fois-là ça peut être vraiment un problème, pour moi c'est super important » (AS7, L118,119,120).</p> <p>« Il y a peut-être quelque chose de sous-jacent dans les visites qui fait ici ce sont peut-être des appels à l'aide, de la solitude aussi » (AS7, L122,123).</p> <p>« Il fallait médicaliser ou entraver » (AS7, L165).</p> <p>« L'être humain il est tout le temps dans l'ignorance et le problème c'est qu'en fait il entend mais il n'écoute pas » (AS7, L172,173).</p> <p>« J'ai eu plusieurs fois le cas et en sortant de la salle d'attente, j'ai demandé à la personne mais qu'est ce vous n'avez pas compris ? puisque vous sortez d'ici et apparemment tout va bien » (AS7, L174,175,176)</p>	<p>« La relation de soin : un rapport asymétrique »</p> <p>« Agressivité dans la relation soignant-soigné »</p> <p>« Origine du concept d'agressivité »</p> <p>« Concept d'agressivité et de violence »</p>

QUESTION N°4

Question : Comment agissez-vous lorsque le patient et/ou résident est annoncé comme agressif ou violent ?		Cadre de références
<b>IDE 1</b>	<p>« Je préfère me détacher de la situation voir de passer le relais, être honnête et dire là il se passe quelque chose que je n'arrive pas à contrôler. Le tout est ensuite de revenir, réflexion faite auprès du résident plutôt que d'entrer en conflit » (IDE1, L92,93,94,95).</p> <p>« J'essaie de comprendre pourquoi ce patient à ce comportement, je cherche à comprendre ce qui a pu provoquer cela, est-ce mon comportement ? est-ce ma posture ? est-ce que c'est un mot que j'ai pu dire ou alors est-ce que c'est une violence à laquelle je ne trouve pas tout de suite de raison » (IDE1, L107,108,109,110).</p> <p>« J'essaie de ne pas agir sans réfléchir » (IDE1, L110).</p> <p>« Je laisse la personne se calmer, puis tout dépend du contexte » (IDE1, L111).</p> <p>« Les réactions des résidents sont parfois évidentes, parfois il faut envoyer le psychologue pour savoir ce qu'il se passe derrière un comportement » (IDE1, L113,114).</p>	<p>« La communication »</p> <p>« Relation soignant-soigné »</p> <p>« La relation de soin : Un rapport asymétrique »</p> <p>« Origine du concept (agressivité) »</p> <p>« Attribut du concept d'agressivité »</p> <p>« La considération positive inconditionnelle »</p>
<b>AS 2</b>	<p>« D'habitude on a un a priori. Je pense oui c'est sur parce qu'on se demande ce qui peut se passer la plupart du temps » (AS2, L66,67).</p> <p>« Dans ces moments-là, au lieu d'être seul on est au moins 2 soignants dans la chambre pour se présenter, pour voir un petit peu comment il se présente, s'il comprend nos questions » (AS2, L67,68,69).</p> <p>« Avec la personne ça nous permet de nous faire une idée, ça nous fait du bien pour nous parce qu'on voit à qui on a affaire réellement en face de nous » (AS2, L70,71,72).</p> <p>« On essaye en tout cas de faire en sorte que le résident se sente chez lui dès son arrivé » (AS2, L72,73).</p> <p>« Cela défait les a priori puis j'ai l'impression que ça défait ce qu'on avait dit avant son entrée. Souvent les gens exagèrent un petit peu le comportement des entrants » (AS2, L73,74).</p> <p>« Je trouve important de se faire sa propre idée et d'apprendre à connaître avant de juger » (AS2, L74,75).</p> <p>« Le but est de ne pas se fier aux autres. De toute façon on a un travail ou on se doit de toujours avancer malgré tout » (AS2, L80).</p> <p>« Cela fait avancer en fait et ça nous fait réfléchir » (AS2, L83).</p>	<p>« La violence dans le soin »</p> <p>« L'empathie »</p> <p>« La considération positive inconditionnelle »</p> <p>« La communication »</p>

**AS  
3**

« Je laisse s'exprimer la personne comme elle veut, après quand je vois que cela commence à se calmer là j'interviens gentiment » (AS3, L66,67).  
« Il ne faut pas intervenir en criant parce que ça ne sert strictement à rien, ce serait exciter pour exciter la personne » (AS3, L67,68).  
« Enfin moi, c'est ma façon de faire. Mon approche c'est ça : je laisse crier, je laisse tomber la pression » (AS3, L68,69).  
« Une fois je suis entrée dans sa chambre en chantant » (AS3, L85).  
« Toujours la bonne humeur, cette dame me dit vous chantez bien et le fait de chanter tout ça, on a créé un premier lien si tu veux, un lien de conversation » (AS3, L87,88).  
« C'est là qu'elle m'a confiée que dans le temps, elle était malheureuse, qu'elle avait fait la guerre, elle était dans une ferme, elle travaillait et elle avait été battue et violée » (AS3, L88,89,90).  
« Derrière son discours, j'ai pu comprendre pourquoi elle était agressive » (AS3, L92,93).  
« En tout cas, j'ai essayé de comprendre pourquoi elle était agressive » (AS3, L95).  
« Il faut essayer de comprendre pourquoi, parce qu'il y a toujours un pourquoi » (AS3, L98,99).  
« Déjà j'écoute les transmissions, ce que mes collègues me disent, je regarde également la transmission d'entrée faite par l'infirmière parce qu'il y a des informations importantes » (AS3, L129,130).  
« Déjà, on est avisé, on est averti de ces informations là et par rapport au résident et bien j'observe, je suis dans l'observation, l'écoute voilà » (AS3, L131,132).  
« Comme on a une première analyse on va faire avec le résident tout en peut-être en intégrant des choses » (AS3, L132,133).  
« C'est à nous aussi de transmettre des informations de la nuit afin que voilà on essaie de jongler on va dire avec son attitude, avec son agressivité s'il y a » (AS3, L138,139).  
« Je ne pars pas sur un a priori, on sait qu'il peut être comme ça » (AS3, L144).  
« Je suis dans l'observation sur la longueur, j'observe sur le temps parce qu'il peut être agressif parce qu'il vient de rentrer, il n'a pas ses habitudes, il a pas de repère, il n'a rien de tout ça donc c'est sur le temps qu'on voit les choses » (AS3, L146,147,148,149).  
« Libérer la parole quand ils peuvent s'exprimer mais ils peuvent l'exprimer dans leurs gestes dans leurs mimiques, dans leur mal-être avec un faciès fermé hein tu sais le faciès parle parfois beaucoup plus que le reste » (AS3, L154,155,156).

« Communication »  
« La violence dans le soin »  
« L'empathie »  
« La considération positive inconditionnelle »  
« La congruence »

<b>IDE 4</b>	<p>« Insister ce n'est pas la bonne solution surtout quand le dialogue est rompu » (IDE4, L53).</p> <p>« D'abord j'évalue, je me fais ma propre idée » (IDE4, L56).</p> <p>« Je vais me présenter, discuter avec lui et s'il se montre agressif, je avoir pourquoi il se montre agressif » (IDE4, L57,58).</p> <p>« Il faut garder en tête qu'il y a un deuil d'une ancienne vie quand ils arrivent ici » (IDE4, L78).</p> <p>« On réfléchit pour mettre le résident a une table ou il pourra faire connaissance si c'est possible bien sûr afin de l'intégrer au mieux parmi nous tous » (IDE4, L80,81).</p> <p>« Mais ça reste des disputes qui se gèrent encore heureusement » (IDE4, L106).</p> <p>« On en parle par la suite en transmission avec la cadre parce que parfois ça peut aller jusqu'au mains » (IDE4, L106,107).</p>	<p>« Représentations sociales »</p> <p>« Préjugés »</p> <p>« Agressivité dans la relation soignant-soigné »</p> <p>« L'empathie »</p> <p>« La considération positive inconditionnelle »</p> <p>« La congruence »</p>
<b>IDE 5</b>	<p>« Prendre du recul, se dire que ce n'est pas contre nous mais l'institution en général » (IDE5, L62,63).</p> <p>« Donc faut arriver à se détacher complètement » (IDE5, L65).</p> <p>« On travaille en équipe donc s'il y a quelqu'un qui a du mal avec un patient on peut facilement se donner le relais entre nous donc ça va » (IDE5, L68,69).</p> <p>« Si quelqu'un nous parle mal, leur dire vous n'avez pas à parler comme, ce n'est pas ma faute ce qui vous arrive donc voilà » (IDE5, L76,77).</p> <p>« Donc oui on les recadre gentiment » (IDE5, L84).</p> <p>« Peut-être plus s'y mettre à plusieurs » (IDE5, L88).</p> <p>« On fait venir le médecin avec nous ou des ambulanciers ou des aides-soignants et du coup par leur carrure déjà ça met un recul à l'agitation et à la violence quoi des personnes qui sont violentes » (IDE5, L92,93,94).</p> <p>« D'avance avec le médecin on voit ce qu'on peut mettre en place de suite, faire une IM par exemple pour le calmer directement à son arrivée » (IDE5, L96,97,98).</p> <p>« Ici on est aux urgences, dans l'urgence on peut placer des contentions mais après pour les garder il faut quand même qu'il y ait un accord qui arrive » (IDE5, L 130).</p>	<p>« Communication »</p> <p>« Origine du concept d'agressivité »</p> <p>« L'empathie »</p> <p>« La relation de soin : un rapport asymétrique »</p>
<b>IDE 6</b>	<p>« J'aime bien être à 2 sur les soins » (IDE6, L 72).</p> <p>« On y va à 2 » (IDE6, L87).</p> <p>« Voilà on y va en binôme pour les soins et tout ça, on ne reste pas seule » (IDE6, L89).</p> <p>« Si vraiment ça ne passe pas du tout avec la personne après faut pas hésiter à passer la main » (IDE6, L94, 95).</p>	<p>« Communication »</p> <p>« La violence dans le soin »</p> <p>« Stéréotypes »</p>

	<p>« Après les agités, vraiment très agités ou ceux qui arrivent avec les gendarmes, on n'est jamais seule c'est sûr et certain, ça c'est toujours à plusieurs » (IDE6, L99, 100).</p> <p>« On est resté donc toutes les 2, les hommes maintenaient le monsieur » (IDE6, L 121, 122).</p> <p>« Oui c'est violent » (IDE6, L135).</p> <p>« On a laissé les hommes gérer » (IDE6, L157).</p>	<p>« Agressivité du patient/Agressivité du soignant »</p>
<p><b>IDE</b> <b>7</b></p>	<p>« J'ai pas du tout à avoir de rancœur ou de jugement de valeur » (AS7, L67,68).</p> <p>« Autant accueillir ces gens-là sans savoir comment ils sont » (AS7, L114).</p> <p>« Au moins rester neutres et voir qu'en fait finalement il n'y a pas de jugement de valeur c'est bien » (AS7, L115).</p> <p>« Bah tant qu'on ne le voit pas, c'est vrai que parfois on a même quelquefois la possibilité de remettre la parole en doute de la personne qu'on a au téléphone, parce que souvent ils extrapolent un peu » (AS7, L126,127,128).</p> <p>« On attend de voir » (AS7, L135).</p> <p>« Si tu veux, on ne prépare pas une seringue d'Hypnovel à l'avance quoi » (AS7, L137).</p> <p>« On a tout ce qu'il faut sous la main donc on attend de voir » (AS7, L144).</p> <p>« Je suis très observateur, c'est quelque chose qui me plaît en plus » (AS7, L183).</p>	<p>« Agressivité dans la relation soignant-soigné »</p> <p>« Violence »</p> <p>« L'empathie »</p> <p>« La considération positive inconditionnelle »</p>

QUESTION N°5

	Question : Pouvez-vous me raconter une situation de violence que vous avez dû gérer ?	Cadre de références
<p><b>IDE 1</b></p>	<p>« C'était pendant la distribution des traitements, j'ai un résident qui refusé de prendre ces traitements en salle à manger » (IDE1, L119,120).            « C'est vrai que l'environnement été assez bruyant et le résident était déjà un petit peu énervé. Ce résident à des antécédents de schizophrénie plutôt stabilisée » (IDE1, L120,121,122).            « Le bruit peut être nocif et le résident peut s'agiter » (IDE1, L123,124).            « Je donne comme d'habitude les traitements de cet homme dans la main et il refuse de les prendre » (IDE1, L124,125).            « Je suis très embêté parce que la prise de ce traitement est importante au vu de la pathologie et donc j'insiste un peu » (IDE1, L125,126).            « Je me sens un peu bête sur le coup » (IDE1, L133).            « J'essaie de calmer la situation en lui disant que je m'excuse si je l'ai abordé de façon brutale et que mon intention n'était pas de le mettre en colère » (IDE1, 137,138,139).            « Je lui explique que ce traitement est important si on veut que la stabilité de sa pathologie perdure » (IDE1, L139,140).            « Le résident me demande une assiette et accepte les médicaments. Je pense que le fait d'avoir adopté un ton adapté ou du moins calme, il l'a ressenti, il s'est mis à parler lui aussi sur un ton plus calme » (IDE1, L140,141,142).            « Je pense que le fait que je garde mon calme ça a dû le déstabilisé » (IDE1, L146,147).            « J'ai tracé cet incident pour qu'il soit vu par une équipe du CMP » (IDE1, L147)</p>	<p>« Concept d'agressivité et de violence »            « Origine du concept »            « Violence »            « La communication »            « Agressivité du patient/ Agressivité du soignant »</p>
<p><b>AS 2</b></p>	<p>« J'en ai une qui date de quelques jours justement, j'étais sur l'unité protégée, je préparer le petit déjeuner et je vois un résident de cette unité le visage très fermé » (AS2, L85,86,87).            « Ce jour-là il ne me suit pas et je vois qu'il est très fermé ce qui m'interpelle » (AS2, L88).            « Il déjeune doucement mais à toujours le visage fermé. Il prend ses traitements sans rien dire" (AS2, L91,92).</p>	<p>« La violence dans le soin »</p>

« Malheureusement, j'ai dû à un moment donné continuer à servir les petits déjeuners et j'invite une résidente à venir à table » (AS2, L92,93).

« J'installe cette résidente en face de ce résident » (AS2, L94).

« Cette dame a pour habitude de manger à cette table, je ne voulais pas la freiner dans ses habitudes. J'avoue que je me suis questionné sur le comportement mutique de ce résident mais je me suis dit qu'il avait dû mal dormir et qu'il acceptera madame à sa table » (AS2, L96,97,98).

« Elle se lève et commence à dire bonjour monsieur, je vois cet homme qui se lève brutalement et qui la soulève. La résidente ne touche plus du tout le sol et là je me retrouve dans une impasse » (AS2, L99,100,101,102).

« Je n'ai d'autre solution que de lui dire lâchez-la ! » (AS2, L102).

« Je m'aperçois qu'elle saigne du cou, elle a une dermabrasion aussi au bras parce qu'elle essaye de se débattre » (AS2, L103,104).

« Je suis stressée à ce moment-là, je décide de prendre une chaise et de la faire tomber violemment au sol pour faire du bruit et le surprendre » (AS2, L104,105,106).

« C'était la seule solution qu'il me restait et ça a marché heureusement » (AS2, L106).

« Je lui ai dit stop on arrête ! stop ! on n'est pas là pour se battre, on arrête ! il me regarde et j'ai dit c'est bon là je sens que je vais me faire taper à mon tour où je ne sais pas ce qu'il va se passer » (AS2, L107,108).

« Je me suis retrouvé en train de me dire qu'est-ce que je fais ? parce que prévenir mes collègues par téléphone je ne pouvais pas car il fallait agir vite » (AS2, L110,111).

« Ce résident cherchait à entrer dans toutes les chambres donc je l'ai suivi et j'ai commencé à claquer toutes les portes des chambres en disant aux résidents vous restez dans vos chambres » (AS2, L111,112,113).

« C'est le seul truc que j'ai trouvé » (AS2, L115).

« J'ai entendu la porte de l'unité se claquée c'était l'animatrice qui a compris que la situation était grave. Je lui ai demandé d'alerter les médecins, les psychologues et tout ça » (AS2, L116,117,118).

« Il y a eu un grand déclenchement, c'était une situation très compliquée, je me suis retrouvée vraiment seule sur l'unité et donc seule avec moi-même » (AS2, L118,119,120).

« Je n'ai pas été bien par la suite, j'ai vu cette dame être soulevée avec une force incroyable par le cou, cette plaie au bras et le fait qu'elle saigne, j'ai eu peur » (AS2, L123,124,125).

« La relation de soin :  
Un rapport  
asymétrique »  
« La  
communication »

<p><b>AS 3</b></p>	<p>« <i>Quand on connaît bien la personne, quand on a analysé la personne, on va dire monsieur X dans ce secteur-là</i> » (AS3, L166).</p> <p>« <i>Je vais m'exprimer sur le tutoiement aussi parce que le tutoiement je trouve que pour les personnes Alzheimer ou démentes heu le prénom et le tutoiement ils sont plus réceptifs moi je trouve</i> » (AS3, L170,171,172).</p> <p>« <i>Plus réceptifs à ce qu'on leur demande. Quand on dit vous, c'est un étranger</i> » (AS3, L172,173).</p> <p>« <i>J'ai une résidente ici que j'ai connu en foyer logement que j'ai vu décliner petit à petit</i> » (AS3, L175,176).</p> <p>« <i>On a parlé avec la cadre parce que quand je l'appelais par son prénom et que je la tutoyé elle était très réceptive et j'arrivais à obtenir des choses très positives de la part de la résidente</i> » (AS3, L176,177,178).</p> <p>« <i>Donc ce que j'ai obtenue, c'est que je peux tutoyer cette personne en chambre et l'appeler par son prénom en privé puis la vouvoyer en public</i> » (AS3, L178,179,180).</p> <p>« <i>Parce qu'elle ne pouvait pas s'exprimer dans son mal-être donc c'était compliqué</i> » (AS3, L180).</p> <p>« <i>Je ne force pas les choses, il faut toujours minimiser, apaiser les choses hein faut jamais aller d'un pas déterminer parce que là ça va au clash forcément</i> » (AS3, L185,186).</p>	<p>« Communication »</p> <p>« La relation de soin : Un rapport asymétrique »</p> <p>« Habitus »</p>
<p><b>IDE 4</b></p>	<p>« <i>Des situations j'en ai mais je vais te raconter la dernière en date de la semaine dernière</i> » (IDE4, L 84,85).</p> <p>« <i>Je sors de l'infirmerie, je vais voir le groupe et je demande ce qu'il se passe</i> » (IDE4, L96,97).</p> <p>« <i>Une résidente se dirige vers moi de façon brutale</i> » (IDE4, L97).</p> <p>« <i>J'ai entamé une discussion longue avec ces dames</i> » (IDE4, L99).</p> <p>« <i>J'ai quand même demandé par précaution à ce que la résidente soit surveiller pour que cela ne dérape pas à nouveau</i> » (IDE4, L103,104).</p>	<p>« Violence »</p> <p>« Origine du concept agressivité »</p> <p>« Attribut du concept d'agressivité »</p> <p>« La communication »</p> <p>« L'habitus »</p>
<p><b>IDE 5</b></p>	<p>« <i>Patient installé depuis la nuit, moi je suis arrivé le matin faut juste que je me remette un peu les idées en place, non il venait d'arriver il était très agité</i> » (IDE5, L110,111,112).</p> <p>« <i>Il ne comprenait pas qu'il fallait qu'on lui fasse une perfusion et tout ça et donc on arrive tant bien que mal en lui bloquant un petit peu à plusieurs les bras et tout à lui poser la perfusion</i> » (IDE5, L113,114).</p>	<p>« Communication »</p> <p>« Violence »</p>

	<p>« Il était assis en train d'essayer de s'arracher la perfusion » (IDE5, L115).  « Un ambulancier est arrivé et qui a vu la scène qui est venu le bloquer et qui m'a dit va vite chercher un médecin » (IDE5, L 118,119).  « On à contentonné physiquement le patient » (IDE5, L119).  « Il a prescrit ce qu'il fallait pour le calmer et pour qu'il y ait plus de problème » (IDE5, L 124,125).</p>	<p>« Agressivité du patient / agressivité du soignant »  « L'habitus »</p>
<p><b>IDE 6</b></p>	<p>« Le monsieur est arrivé déjà menotté avec 4 gendarmes pour le maintenir » (IDE6, L114, 115).  « Ils ont fait un couloir déjà pour pas qu'il cherche à passer » (IDE6, L115, 116).  « On l'a installé d'abord sur un fauteuil, il ne se tenait pas sur le fauteuil, les gendarmes étaient dessus et il y a un autre collègue du service qui est venu renforcer » (IDE6, L116, 117, 118).  « Il était bien agité voilà donc il y a des petites hallucinations aussi donc du coup le médecin était averti tout de suite, il nous a dit tu prépares ça et ça et vous faites » (IDE6, L119, 120).  « On lui a mis des contentions au niveau des pieds et il était menottés derrière le dos allonger sur le brancard et avec les gendarmes et notre collègue qui le maintenait » (IDE6, 124, 125).  « Il était en souffrance psychique là » (IDE6, L137).  « On s'était quand même écartées quoi on est allées pour les soins voilà tout ce qui avait à faire on a fait » (IDE6, L158).  « Mais après, on ne s'est pas attardées non plus à côté de lui » (IDE6, L158, 159).  « Nous avec les agités quand on sait qu'il y a un risque, on ne reste pas devant » (IDE6, L161, 162).</p>	<p>« Représentations sociales »  Stéréotypes »  « Agressivité dans la relation soignant-soigné »  « Communication »  « La violence dans le soin »</p>
<p><b>AS 7</b></p>	<p>« Jeune femme prévue pour la psychiatrie donc consentante sur le départ » (AS7, L147).  « Le tranquillisant n'a pas fait réellement effet » (AS7, L149,150).  « Le moment où on s'est retournés, elle s'est levée d'un coup et elle a sauté du brancard jusqu'à la porte, elle a fait un bon » (AS7, L151,152).  « Elle a fait une vingtaine de mètres et on a pu l'arrêter à ce moment-là » (AS7, L155).</p>	<p>« Communication »  « Violence »  « Agressivité du patient/agressivité du soignant »  « La violence dans le soin »  « L'habitus »</p>

## ANNEXE VII : AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES



### AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

**Je soussignée** (Prénom, NOM) : **GUICHARD Julie**

Promotion : 2020-2023

**Autorise**, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

**à diffuser** le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

"La violence et l'agressivité dans les soins"

**En version papier** (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui

non

**En version numérique - PDF** (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui

non

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 21 Mai 2023 Signature :

Guichard. j

## La violence et l'agressivité dans les soins

Si la violence dans le milieu médical est nettement établie, la violence au sein de la relation soignant-soigné suscite chez moi un questionnement au regard de l'impact qu'elle peut avoir sur la prise en soin du patient. De mon intérêt pour ce thème émane ma question de *départ* « ***En quoi les représentations sociales de l'équipe soignante sur l'agressivité et la violence des patients influent sur la relation soignant-soigné ?*** » Des représentations sociales du sujet agressif et/ou violent découlent l'attitude soignante. Plusieurs facteurs influent sur les comportements agressifs des patients provoquant ainsi une avalanche d'incidence impactant la prise en soin. Ainsi, qu'elles sont les constituants qui entrent en jeu dans la montée en puissance de la violence et quelles en sont les conséquences sur le soin. S'interroger pour pouvoir décoder l'agressivité et la violence qui s'installe chez un patient, n'est-ce pas là l'enjeu d'une bonne prise en soin ? J'ai constitué mon cadre de référence à partir des thèmes suivants, les représentations sociales, la violence, l'agressivité et la relation soignant-soigné. J'ai réalisé une enquête exploratoire par le biais d'entretien semi directif auprès de 7 soignants et j'ai retenu que tous rencontrent des difficultés avec la prise en charge de patients déments ou psychiatriques du fait des comportements parfois incontrôlables dont ils font preuve. Cette enquête m'a permis de réfléchir à l'impact que peuvent avoir ces comportements sur la relation soignant-soigné et d'en saisir le potentiel des réactions des professionnels de santé face à la violence.

246 mots

**Mots-clés :** violence, agressivité, démence, psychiatrie, représentations sociales.

---

## Violence and aggression in care

If the violence in the medical environment is clearly established, the violence in the nursing-care relationship raises in me a question about the impact it can have on the patient's caregiving. From my interest in this theme comes my initial question "To what extent the social representations of the health care team about the aggression and violence of patients affect the nurse/patient relationship?" Social representations of the aggressive and/or violent subject result from the caring attitude. Several factors influence the aggressive behaviour of patients thus causing an avalanche of incidence impacting care. Thus, they are the constituents that come into play in the rise of violence and what are its consequences on care. To wonder in order to be able to decode the aggression and violence that settles in a patient, isn't this the stake of a good patient care plan? I set up my reference framework on the following themes: social representations, violence, aggression and the caregiving relationship. I carried out an exploratory survey by means of a semi-directional interview with 7 caregivers and I learned that everyone has problems with the management of patients with dementia or psychiatric disorders because of the sometimes uncontrollable behaviours they exhibit. This survey allowed me to reflect on the impact that these behaviours can have on the caregiving relationship and to grasp the potential of healthcare professionals' reactions to violence.

228 words

**Key words:** violence, aggression, dementia, psychiatry, social representations.