



Cécile Vandekerckhove

Promotion 2021-2024-

LA VIOLENCE DANS LES SOINS

Etude sur la complexité du soin

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

Directeur de mémoire : M. Bernard Collet

Date de Rendu : 22 mai 2024

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire, M.Bernard Collet, cadre formateur à l'IFSI d'Avignon, pour son partage de connaissances en sciences humaines et infirmières, ainsi que ses conseils tout au long de la formation et lors de la rédaction de ce mémoire. Je le remercie pour toute son humanité.

Je remercie ma responsable pédagogique, Mme Bougadba Aïcha, cadre formatrice à l'IFSI pour sa disponibilité, son plaisir de transmettre ses savoirs avec détermination, et son soutien tout au long de ces trois années.

Je remercie également mon mari, toujours présent dans les bons et les mauvais moments, mes enfants pour leur patience, ainsi que mes amies rencontrées à l'IFSI avec lesquelles j'ai beaucoup passé de temps à travailler avec acharnement, mais aussi avec lesquelles j'ai pu rire et pleurer au cours de ses trois années !

Un grand merci à Elodie qui m'a aidé pour la mise en page de ce mémoire.

Table des matières

Introduction	1
1 Situations d'appel	1
1.1 Situation d'appel N°1	1
1.2 Situation d'appel N°2	3
2 Analyse et questionnements	5
3 Cadre de référence	6
3.1 Qu'est que le soin ? CURE ET CARE ?	6
3.1.1 Définition du soin : deux dimensions	6
3.1.2 Le soin dans un contexte de vulnérabilité : importance des affects.	8
3.1.3 Le soin : un engagement.....	9
3.2 Qu'est-ce que la violence ?.....	11
3.2.1 Définition dans la relation de soin.....	11
3.2.2 Les différentes formes de violence.....	12
3.2.3 Les causes de la violence.....	15
4 L'enquête exploratoire.....	18
4.1 Entretien semi directif	18
4.2 Population choisie	19
4.3 Lieux d'investigations	19
4.4 Mode opératoire.....	19
4.5 Questions de l'entretien semi-directif.....	19
5 Analyse	20
5.1 Présentation des entretiens	20
5.2 Analyse thématique	21
5.2.1 La Bienveillance	23
5.2.2 La technique	27

5.2.3	La justice	31
5.3	Limites de l'enquête	34
6	Problématique.....	35
7	Question de recherche	36
	Conclusion.....	36
	Bibliographie	37
	Annexes	0

Introduction

Au cours de ma formation, ma vision du métier a beaucoup évolué. En effet, selon moi devenir infirmière représentait un idéal. Quoi de plus louable que de prendre soin des gens, être bienveillante envers autrui et être dans la relation ? La réalité n'est malheureusement pas lisse et surtout bien plus complexe qu'elle ne paraît au vu des innombrables paramètres à considérer : humains, techniques, économiques, et bien d'autres....

De nombreux récits existent sur la violence dans les soins : Martin Winkler, soignant lui-même (médecin) a écrit un ouvrage sur « Les brutes en blancs », et Mélanie Déchalotte, journaliste a publié « le livre noir de la gynécologie ». Inévitablement, au cours de mes stages de la formation infirmière, j'ai souvent constaté que le soin est associé à une forme de violence ! J'ai vécu des situations qui m'ont interpellé, voire choqué, c'est donc sur la violence des soins à travers le soignant, opérant comme dernier maillon de la chaîne du soin, que je compte m'interroger. Pourtant cette situation paraît paradoxale : soigner ne peut pas se faire dans la violence, c'est antinomique.

Pour effectuer ce travail de réflexion, je vais tout d'abord vous décrire deux situations que j'ai vécu en stage et qui font écho à cette problématique. Par la suite, je développerai le questionnement qui me conduit à poser ma question de départ. Ensuite, je me référerai à un cadre théorique sur les deux concepts qui découlent de ma question : le soin et la violence. Je présenterai alors mon enquête exploratoire puis l'analyse des données recueillies. Je poursuivrai par la problématique et la question de recherche avant de conclure ce travail.

1 Situations d'appel

1.1 Situation d'appel N°1

Mon stage se déroule en EHPAD. 80 résidents y sont accueillis et 3 infirmières sont en poste de 7h00 à 19h00

La scène se passe lors mon premier stage, le premier jour. Je ne connais absolument pas cet établissement, les infirmières viennent de nous présenter leur salle de soin, l'une d'elle vient d'arriver.

Une des résidente, atteinte de la maladie d'Alzheimer, se plaint de douleurs au bas ventre. Cette dame ne marche plus, elle est en fauteuil roulant toute la journée, malgré son état, elle donne l'impression de comprendre encore certaines choses.

Le médecin présent ce jour-là, prescrit un examen des urines (ECBU) afin de vérifier qu'elle n'ait pas d'infection urinaire...Je me dis par ailleurs qu'elle est peut-être atteinte de la maladie d'Alzheimer, mais que l'équipe est à l'écoute de sa plainte.

J'accompagne l'infirmière (Micheline) qui a reçu l'ordre de recueillir les urines et me dit : « je vais réaliser un sondage « aller-retour » ».

J'apprends qu'il s'agit de poser une sonde urinaire de manière temporaire afin de récolter les urines de la résidente, car celle-ci est incontinente. Il s'agit d'un geste invasif que je vais voir pour la première fois.

Micheline installe la patiente sur son lit, lui explique qu'elle a besoin de prendre ses urines afin de les analyser (sans s'assurer que la patiente comprenne l'acte qu'elle va réaliser). Elle semble plutôt concentrée sur le matériel qu'elle doit préparer.

Une aide-soignante vient l'assister pour la déshabiller. La patiente se retrouve à moitié nue sur son lit et commence à paniquer. Je suis également accompagnée d'une autre élève infirmière. Nous nous regardons, un peu perturbées par la situation : la patiente n'est pas d'accord.

Micheline prépare tout le matériel sans vraiment nous expliquer ce qu'elle fait, et tente à deux reprises de lui introduire la sonde dans le méat urinaire. La patiente se débat et crie, malgré sa pathologie, elle montre bien son désaccord pour ce soin.

Cette dernière nous demande de tenir les jambes de la patiente pour l'aider à maintenir la patiente immobile. L'aide-soignante est encore présente également. A ce moment nous sommes quatre dans la chambre....

Micheline appelle sa collègue infirmière en renfort. Comme elle le fait par le biais de la sonnette, plusieurs aides-soignantes entrent et sortent de la chambre avant que l'autre infirmière arrive.

Nous retenons ses jambes et ses bras. La situation me met très mal à l'aise et me choque. Je ne me sens pas bien à tel point que je ressens le besoin de m'asseoir. J'observe la scène de loin.

Finalement, après cinq tentatives, elles abandonnent. Le méat urinaire de la patiente est « introuvable », quant au ressenti de la patiente, personne ne s'en soucis...L'arrêt du soin se justifie uniquement par un problème « anatomique ».

Lorsque la patiente retrouve son calme, qu'elle est rhabillée et que tout le personnel soignant laisse la résidente seule, celle-ci me prend la main et me dit « Toi, tu es gentille » et embrasse ma main....

Quelques jours plus tard, l'une des infirmières me demande comment j'ai vécu ce soin, je lui explique que je l'ai trouvé violent et que le consentement n'était pas respecté. Plus loin, dans le couloir, Micheline me retorque « moi quand le médecin me demande quelque chose, je le fais ! »

1.2 Situation d'appel N°2

Lors de mon second stage, réalisé dans un service de l'hôpital, j'ai également été confronté au refus de soin de la part d'une patiente.

Mme P., 65 ans, est présente depuis plusieurs jours dans le service, pour un nouvel AVC : en effet cette dame a un CADASIL (artériopathie cérébrale autosomique dominante avec infarctus sous-corticaux et leucoencéphalopathie). C'est une maladie cérébrovasculaire héréditaire se manifestant au milieu de l'âge adulte et caractérisée par l'apparition d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) ischémiques sous-corticaux récurrents et par une atteinte cognitive progressant vers la démence. Des migraines avec aura et des troubles de l'humeur sont observés chez environ un tiers des patients.

Lors de la relève, j'apprends sa maladie, et l'infirmière de nuit explique que sa prise en charge est compliquée, que c'est une patiente qui refuse les soins. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle elle a arraché son cathéter pendant la nuit.

L'infirmière du matin (Alexandra) râle un peu lorsque l'équipe de nuit lui annonce qu'il va falloir poser un nouveau cathéter afin de pouvoir lui administrer ses traitements en intra veineuse.

Avant d'entrer dans la chambre : Alexandra m'explique que cette situation lui déplaît, car elle sait qu'elle va devoir « la piquer », alors que la patiente refuse les soins.

Je m'interroge alors sur la future action de l'infirmière : je sais d'avance qu'il n'y aura pas de consentement de la part de la patiente, mais malgré tout, il « faut » lui poser le cathéter afin de lui injecter les médicaments prescrits par les médecins : un antiépileptiques et un anti-hypertenseur, en effet elle refuse d'avaler les traitements per os.

Lorsque nous arrivons dans la chambre, je me sens très mal à l'aise. J'ai face à moi une patiente très mélancolique et mutique. Elle est alitée, et semble affaiblie par la maladie.

Alexandra semble être sur la défensive, elle indique à la patiente qu'elle doit lui remettre un cathéter, puisque celle-ci ne « veut rien avaler », et menace la patiente de rendre son geste davantage douloureux si elle bouge.

Elle lui explique qu'elle n'a pas le choix, qu'il faut poser ce cathéter... Afin de la soigner.

Elle me demande par ailleurs de lui tenir le bras.

Évidemment, la patiente, qui malgré son état (elle est alitée, vulnérable et très affaiblie) se défend, et bouge. Un simple regard de sa part témoignait d'un refus de soin.

Alexandra me dit de mieux la tenir... Je ne peux pas, la situation est bien trop violente pour cette patiente... Elle me reproche de « mal la tenir », et me demande d'aller chercher une aide-soignante, qui, elle, pourra mieux l'aider, car aurait plus l'habitude... Elle parle d'habitude ! je suis sidérée !

La patiente, très mutique nous lance des regards de colère et de désespoir, et se met à avoir des hauts le cœur.

L'infirmière s'énerve à nouveau, elle me dit de ne pas me laisser « avoir », que les hauts-le-cœurs sont forcés et que si elle vomit ce sera uniquement « psychologique ». Selon elle, il ne faut pas que je tiens le haricot, mais que le plus important serait de mieux de les aider à la tenir immobile....

A aucun moment elle n'a rassurée mme P, elle a posé le cathéter, avec difficulté, (du sang a coulé dans le lit, elle l'a d'ailleurs laissé dans ses draps souillés) et est sortie de la chambre en râlant... Cette patiente ne lui a « vraiment pas facilité la tâche » !!

Toutes ses remarques sont exprimées devant la patiente. Je ne peux m'empêcher de lancer un regard compatissant à l'égard de cette dame... et reste extrêmement choquée.

Malgré toutes ses réactions, lorsqu'Alexandra arrive dans le couloir, elle se met un peu à l'écart et pleure. Elle m'explique qu'elle gère mal cette situation...je reste surprise par sa confiance, (à la vue du peu de considération qu'elle a eu envers la patiente et peut-être même envers moi), je me dis qu'en effet, malgré son mécontentement et sa mauvaise humeur, elle est finalement sensible à la situation. Je la trouve plutôt ambiguë, et ne sais pas quoi lui répondre. Je suis encore contrariée par la scène dont je viens d'être témoin et que je considère violente.

Plusieurs jours s'écoulent et je m'aperçois que la situation est compliquée, à tel point que soigner cette patiente pose trop de problèmes. Les infirmières sont très mal à l'aise avec elle. Elles l'évitent, viennent dans sa chambre afin de faire le minimum, les aides-soignantes se plaignent de gestes brusque de sa part...elles ne parviennent pas à établir une relation de confiance. A chaque relève, toutes sont désabusées, elles soufflent dès que Mme P est au cœur de la conversation, et elles se demandent quand elle va partir...

Seule une infirmière, Mathilde, prend le temps de lui parler, la patiente parvient à lui exprimer son désir de mourir.

Je pensais qu'elle allait faire avancer les choses, mais il n'y a eu aucun retour aux médecins, lorsque son état s'est stabilisé (par rapport à l'AVC) elle est rentrée chez elle, et la question du refus de soin a donc disparu !

2 Analyse et questionnements

Je me suis interrogée sur ma future pratique professionnelle : banaliser le soin, faire mal, ne pas avoir agis avec le consentement de la patiente n'a pas gêné ces infirmières. Comment est-il possible en tant que soignant d'en arriver là ?

Le soin est totalement déshumanisé, pour y parvenir il faut occulter le fait d'avoir un être humain face à soi. Pourtant ce métier implique de travailler avec des humains.

Le soin se fait sous la contrainte, par l'utilisation de la force. Dans ces situations, le patient est objectivé peu importe son choix, la manifestation de son désaccord, il « faut » faire un sondage urinaire, poser un cathéter...les patientes « gênent », elles se débattent, crient, manifestent leur désaccord. Le soin est réalisé « coûte que coûte ». On demande même du renfort afin d'exécuter cette tâche. Il faut contenir, empêcher de bouger, ne plus respecter la pudeur, ni la volonté, faire comme si la personne n'était plus là, comme si il y avait juste un corps à soigner. Dans ce cas

le métier d'infirmier est réduit à la réalisation de tâches, la prescription d'un soin ne se résume pas uniquement à l'accomplissement d'une tâche. Elle fait appel à un raisonnement clinique (rôle propre de l'infirmière). Une infirmière n'est pas un ouvrier qui enchaîne le travail sans réfléchir, comme si il n'y avait plus d'humain.

Dans les deux situations les infirmières sont concentrées sur le soin, et n'ont plus aucune interaction avec le malade. Seule la technique reste. Cette mise à distance est probablement la conséquence d'une souffrance qui touche les soignants. Comment un soignant en arrive-t-il à exercer de la violence sur le patient ?

Voici donc ma question de départ :

En quoi la violence est-elle constitutive du soin ?

3 Cadre de référence

Dans mon questionnaire de départ deux notions apparaissent, soin et violence.

Voici les concepts que je vais aborder :

-Le soin

-La violence.

Soin et violence sont deux mots qui dans la même phrase sont paradoxaux. Dans nos représentations ils ne peuvent pas être associés dans les pratiques soignantes, j'ai donc besoin d'éclaircir ces thèmes. Je vais explorer la littérature qui aborde le soin et la relation de soin, ainsi que la violence et de toutes les formes qu'elle peut prendre.

3.1 Qu'est que le soin ? CURE ET CARE ?

3.1.1 Définition du soin : deux dimensions

Selon le Larousse le soin est un acte qui veille au bien-être de quelqu'un. Le soin médical est un acte thérapeutique qui vise à entretenir et préserver la santé d'une personne.

La santé, selon l'OMS intègre à la fois un bien-être physique, psychique et social dans sa définition.

Ces définitions, mettent au premier plan le « bien-être » des personnes, puis l'acte thérapeutique. Il y a donc deux dimensions dans cette définition, par ailleurs en anglais, il y a deux mots qui correspondent au mot « soin » : CURE et CARE.

Selon Winnicott ils sont inséparables, « care » veut dire « soin » et « cure » veut dire « traitement ». En 1970, dans un contexte de soin de plus en plus technicisé, celui-ci avait déjà exposé la différence entre la thérapeutique et le prendre soin relationnel. Selon lui, le « technicien » domine au sein de l'hôpital. Le « cure » aurait de plus en plus tendance à prendre le pas sur le « care ». « *Or, la médecine est une pratique s'exerçant sur des humains et avec des humains vulnérables et vulnérabilisés, jamais le « cure », bien que nécessaire ne sera suffisant.* » (Marin & Worms, A quel soin se fier? Conversation avec Winnicott, 2015, p. 76)

En effet, le soignant doit maîtriser les pathologies, les protocoles, les médicaments pour lutter contre la pathologie dont est atteinte un malade. Seulement il ne faut pas oublier le malade ! L'idéal est d'allier Cure et Care, Winnicott parle de « Care-Curer », il faut à la fois être fiable mais aussi pouvoir porter un intérêt, une attention à son patient. Cet idéal, peut se retrouver dans la pratique du médecin généraliste. En effet, celui-ci, pratique la médecine avec beaucoup d'humanité. Il n'a pas le choix : il connaît ses patients, parfois, sur plusieurs générations, il est au plus près d'eux dans les bons et les mauvais moments de la vie (grossesses naissances, maladie, mort), à l'heure actuelle cette pratique s'atténue.

Dans son discours, mené dans une église en 1970, en s'adressant à ses confrères Winnicott reprend ce qui, selon lui peut définir le soin et comment être un « bon soignant », il rappelle que chacun de nous peut aussi être le malade, et que pour cette raison il est important d'être un « care-curer » celui-ci aurait certaines qualités : il ne doit pas être jugeant envers son patient, être authentique, fiable, doit accepter les sentiments que renvoient le patient. Aucun esprit de vengeance ou de cruauté ne doit le traverser, et doit être le plus juste possible. Il ne parle pas des connaissances scientifiques dont doit faire preuve un bon soignant, mais plutôt de l'importance de ses qualités humaines.

Il évoque également l'importance du « Holding », cette notion reprend le soin qu'apporte la mère à son enfant, elle le soutient, pour qu'un soin soit efficace il faut instaurer une relation de confiance entre le soignant et le soigné. Le soignant doit « porter » le malade par le biais d'une relation de confiance. Pour ce faire, il faut tenir compte de la structure « individu-environnement », la médecine ne peut pas s'appuyer uniquement sur le CURE, il faut du CARE

« l'oubli de cette part relationnelle du soin pourrait annuler les effets bénéfiques du traitement lui-même ». (Marin & Worms, *A quel soin se fier? Conversation avec Winnicott*, 2015). Il est clair, en effet qu'il ne suffit pas d'administrer un médicament ou réaliser un pansement pour soigner : la relation est essentielle. Un chirurgien qui « répare » un organe, par exemple ne peut pas se contenter d'effectuer une simple ouverture du corps et réaliser son intervention. Avant l'opération, il doit rencontrer le patient, ne serait-ce que pour l'avertir des dangers de l'intervention, et lui faire signer des documents permettant de rendre légal son soin ! En effet, un geste aussi invasif est forcément accompagné d'un consentement de la part du soigné ! Mais au-delà de l'aspect pratique et juridique, si le chirurgien ne rassure pas le malade, s'il minimise son dialogue, si le patient n'est pas entouré, soutenu par l'équipe soignante, il va subir son intervention avec beaucoup d'angoisses avant et après l'opération : il est potentiellement enclin à une guérison plus lente.

Dans le livre *A quel soin se fier ? conversations avec Winnicott* de Claire Marin et Frédéric Worms, Jean-Christophe Mino indique que le Cure et le Care sont indissociables, à l'heure actuelle la médecine demande d'être plus « technicien » et de pratiquer le « cure », Selon lui le médecin diagnostique une maladie, cherche à l'éradiquer, et finalement oublie le « care ». Malheureusement il n'est pas toujours possible de guérir d'une maladie, et la médecine ne peut pas se limiter au côté curatif du métier. Un soignant ne soigne pas une maladie, mais un malade, c'est-à-dire un être humain.

Selon Alain-Charles Masquelet, dans le soin à l'épreuve de la cure on y apprend que pour lui le mot « soin » entretient un double sens : « matériel et spirituel ».

Il est donc impossible de dissocier les deux termes anglais. Soigner prend une dimension philosophique.

3.1.2 Le soin dans un contexte de vulnérabilité : importance des affects.

L'article de Virginie Pirard « qu'est-ce qu'un soin » ? décrit que le soin doit tenir compte de deux notions : le soin entre dans le cadre d'une relation de dépendance (si on est en bonne santé et indépendant, on n'en a pas besoin) et celui-ci doit également s'adapter aux besoins de la personne qui reçoit le soin, en quelque sorte il doit être personnalisé (tout le monde ne peut pas être soigné de la même manière). Le soin touche à la fois le corps, mais aussi l'esprit. Elle évoque l'hospitalisme selon Spitz : il n'est pas possible de soigner sans prendre en compte les

affects de l'autre. Dans le soin, il n'est pas possible de considérer l'autre comme un corps aux fonctions physiologiques et mécaniques, il y a aussi le psychisme à considérer. Elle inclut donc une dimension affective au soin d'autant plus qu'il touche des personnes dépendantes et vulnérables. Selon elle il s'agit de s'adapter à la personne soignée. Mais dans le cas du soignant, utiliser ses propres affects et sa capacité d'adaptation requiert une énergie psychique (Winnicott, parle de la mère qui lorsqu'elle s'adresse à son bébé nécessite un « remaniement psychique »), il faut pouvoir articuler « ressources affectives » et « travail ». Sans cet aspect affectif le soin ne peut pas être effectué de manière correcte.

Sans parler de relation « mère/enfant », elle reprend la définition du soin selon E de Pickel : Le soigné devient un « partenaire de soin », entre en jeu une logique de respect, plutôt que d'amour. Selon V. Pirard, il existe une relation d'asymétrie (avec le pouvoir de guérir et de soulager), mais qui n'empêche pas le respect du soigné.

Dans son discours sur le Care, Winnicott pense que soigner un humain, équivaut à répondre à un besoin, nous sommes tous fragiles et avons besoin des autres, les personnes qui soignent peuvent se retrouver dépendantes d'autrui. Il ne devrait pas y avoir de dysmétrie dans la relation de soin, mais une égalité. Une personne vulnérable ne devrait pas engendrer un sentiment de supériorité chez le soignant. Il parle d'un « jeu d'identifications croisées. », c'est-à-dire que le soignant va se mettre à la place du patient et ainsi il pourra s'adapter à ses besoins. Par ailleurs il va plus loin en se demandant « lequel des deux est donc malade ? » Le soignant peut être touché, voir frappé par la relation qu'il a avec le malade. Pour Winnicott, une mère qui prend soin de son enfant peut tellement être affectée par cette relation qu'elle en devient pathologique psychiquement...« *comme « la maladie normale » et nécessaire de la mère, celle du soignant tient à sa faculté « d'atteindre ce stade d'hypersensibilité »- presque une maladie – et de s'en remettre ensuite »* (Marin & Worms, A quel soin se fier? Conversation avec Winnicott, 2015, p. 57), Claire Marin reprend d'ailleurs la question de Winnicott : « *pourquoi alors, si le soin est si éprouvant, en faire son métier ? »* p.57. L'explication viendrait du fait que Winnicott aurait eu une mère dépressive et que cette relation avec sa mère aurait donné un sens à sa vie et surtout à sa future pratique soignante. Il parle alors de « *maladie du soignant* ».

3.1.3 Le soin : un engagement

Frédéric Worms, dans son écrit sur les deux concepts du soin, nous donne une définition du soin en incluant l'être que l'on soigne. « Toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses

besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même ». Selon lui le soin s'oppose à la négligence, il s'agit de la base des relations entre les hommes. Dans la notion de prise en soin, il y a une intention et une relation. Selon lui dans cette relation, le soigné a besoin du soignant, mais le besoin peut également exister dans l'autre sens : le soignant a besoin de l'autre pour être lui-même. C'est d'ailleurs ce qu'il dit de P.Ricoeur : « le soin c'est se soigner soi-même ».

La pratique de la médecine a évolué, avant l'objectif d'un médecin était de « porter secours », à l'heure actuelle il y a une notion de contrôle sur la vie, en découle une relation asymétrique, avec d'une côté une personne vulnérable, qui appelle à l'aide et de l'autre un pouvoir médical. Dans la pratique de la médecine actuelle, on « isole » le mal. Plus le médecin se spécialise, plus la relation est « désarticulée », en effet le spécialiste va traiter l'organe qui le concerne et ne pas attacher d'importance au reste du corps. Il évoque pourtant que les maladies ne se guérissent pas toutes, et que la médecine doit conserver une certaine morale, celle « d'accompagner », et pas toujours celle de guérir.

Philippe Svandra, introduit la notion de « care », mais également celle de l'autonomie : l'être humain et son développement dépendant de ses interactions il ne peut pas se construire seul. (Svandra, *Le soin sous tension?*, 2011)

L'individu est en effet un être vulnérable qui implique la responsabilité de et à l'autre. Nous sommes donc tous responsables, que nous le souhaitons ou pas. La responsabilité n'implique pas forcément une domination ou supériorité de la personne, car ce rapport peut être initié par la personne vulnérable et imposé à la personne responsable. La responsabilité est donc un mode de fonctionnement normal, intrinsèque à l'homme qui n'existerait donc qu'à travers la sollicitude.

Le verbe soigner implique-t-il un acte profond ? Serait-ce un acte qui irait « au-delà du soin » ? selon Michel Fontaine, dans l'article : *Soigner, un acte qui implique au-delà du soin*, on peut s'interroger sur le soin aujourd'hui. Selon lui, il est un engagement de ce que nous sommes comme être humain. « *L'acte de soigner renvoie à quelque chose du devenir d'humanité* ». (Fontaine, 2006, p. 156) . Soigner serait donc s'interroger sur le sens de son action, de ce que le soignant effectue, il induit un débat intérieur, « *en soignant nous touchons donc bien quelque chose du devenir de l'humanité, donc de nous-même* ».

Il constate qu'aujourd'hui, que les soins sont morcelés, le médecin ne montre aucun égard au soigné mais s'intéresse plutôt à l'organe à soigner, alors que soigner doit intégrer trois dimensions : la singularité, deux personnes différentes entrent en contact dans une situation de soin, la vulnérabilité, pas seulement celle du soigné, mais aussi celle du soignant, cette vulnérabilité permet une relation authentique et plus humaine, et enfin la promesse qui représente un engagement, une responsabilité du soignant envers le patient.

Le soin à plusieurs facettes, il est à la fois thérapeutique, relationnel, impliquant les affects des protagonistes et renvoie à une responsabilité humaine.

Ces lectures, lors de ma recherche conceptuelle m'a aidé à réfléchir au concept de soin qui parfois peut être associé à la violence.

3.2 *Qu'est-ce que la violence ?*

3.2.1 Définition dans la relation de soin

La violence est présente partout, que ce soit chez les humains ou les animaux, elle a de tout temps existé. Selon les cultures et les époques, elle est différente et perçue différemment, elle est très subjective, mais est toujours présente, c'est ce que B. Cyrulnik décrit dans son livre : *les quarante voleurs en carence affective*. Il indique par ailleurs que si certains sont plus violents que d'autres, c'est parce qu'ils ont manqué d'une figure d'attachement pendant l'enfance ou même après.

La violence est définie par le Larousse comme une contrainte physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé.

Selon l'OMS (organisation mondiale de la santé), la violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès.

L'étymologie du mot « violence », tout comme celle de l'adjectif violent et du verbe violer, dérivent du latin « vis » qui signifie « force en action, force exercée contre quelqu'un ». Le pluriel « vires » désigne les forces physiques nécessaires pour exercer la « vis ».

La définition la plus courante du terme « violence » est celle figurant dans les dictionnaires « force brutale, intense, souvent destructrice exercée contre quelqu'un ». Cette définition se réfère généralement à la violence physique.

La perception de la violence dans le soin est propre à chacun, pour être perçu comme violent, un geste médical n'est pas obligatoirement douloureux, si il devient violent c'est à cause des conditions dans lequel il est réalisé. Il ne suffit pas d'avoir la technique, les antalgiques adaptés, la brutalité et le manque d'explication suffisent à rendre un soin intolérable, traumatisant.... Il n'y a pas de proportionnalité entre le soin, son degré invasif et la gravité de la maladie. Un soin, même indolore peut apparaître comme une « dépossession », une « infraction » ou comme un « quasi-viol » (Verspieren & Richard, 2011), Claire Marin.

Le malade, en raison de sa maladie est dans une position de vulnérabilité. Le soignant qui en a conscience, semble pourtant l'ignorer, ce qui rend d'autant plus grave les situations dans lesquelles le soignant n'a aucune considération à son égard. Lors d'un soin, le simple fait de mépriser les éléments relationnels provoque de la violence. Voyons en détail, les différentes violences rencontrées lors de soins médicaux.

3.2.2 Les différentes formes de violence

Dans le livre de Claire Marin, « *l'homme sans fièvre* », on peut constater que la violence peut revêtir plusieurs formes.

- La maladie

Tout d'abord, être malade est une épreuve en soit, à la fois pour le soigné, mais aussi pour le soignant. La maladie violence le patient, et à cela s'ajoute parfois l'incurabilité de la maladie. Personne ne choisit d'être malade.

Selon Claire Marin, les schémas ne sont pas si simples qu'on ne le pense, les malades sont confrontés à leur propre déchéance, les erreurs ou errances de diagnostics sont courantes, la résistance aux traitements est ordinaire...

Il n'est pas si naturel que celui qui souffre soit enclin à ce que l'on prenne soin de lui, cette situation, de relation non choisie avec un soignant, lui renvoie son état de vulnérabilité. Il a besoin d'aide, il s'agit d'une peine supplémentaire à sa maladie.

De plus, la fierté, la pudeur voire la peur et la souffrance ne favorisent pas les relations. Il suffit de s'immerger dans le milieu du soin pour se rendre compte que les patients ne sont pas toujours disposés à se faire soigner. Certains deviennent violents, agressifs ou simplement sont désagréables. Dans ces conditions, qui sont le quotidien des soignants, comment soigner ? Faut-il forcer le patient ? Le soignant est confronté à la déchéance humaine (la maladie, la souffrance, des situations dégoûtantes....

La maladie donne un droit à l'intrusion, le médecin devient « le grand curieux de la vie privée », le malade peut ressentir une intrusion psychique et technique. C.Marin parle de la fonction du médecin : « droit d'entrée dans l'intimité du malade ». Lors de l'auscultation, le patient fait semblant de ne pas être dérangé, la pudeur est pourtant sous-estimée.

- L'institution

La prise en charge institutionnelle et ses mauvaises conditions matérielles, et humaines, empire la maladie.

Lorsqu'un patient arrive à l'hôpital les premières violences commencent : il est dépossédé de son identité et de ses singularités. La dépossession se fait à la fois par la maladie et par les soignants. Il doit endosser un nouveau rôle : celui du malade. Il subit « un dépouillement vestimentaire », selon Arnold Van Gennep, anthropologue. Il est vrai que pour des raisons d'hygiène et de praticité, le patient revêt une blouse, sous laquelle il n'a même plus de sous-vêtements, comme tous les malades du service. Il passe ensuite de la station debout à la station allongée L'hôpital est un univers inconnu, aux codes spécifiques (le jargon y est d'ailleurs particulier), le rythme y est imposé (on ne dort pas comme on le souhaite, il faut se soumettre aux rythmes des soins, des examens, des consultations médicales, des repas, des contacts imposés (par son voisin de chambre, le soignant qui n'est pas choisi...), Michel Foucault, parle de « totalitarisme », « l'hôpital régit l'ensemble de la vie des patients ». L'hospitalisation touche à la sphère intime du patient ainsi que celle de ses proches, même leur droit de visite peut être limité !

La violence hospitalière est également le reflet de la société : si l'état a des difficultés à prendre en charge les plus démunis, l'hôpital également. La psychiatrie et la gériatrie sont les parents pauvres de l'hôpital. Il n'est que le reflet de la société. De plus, il existe une froideur

administrative qui rend encore plus vulnérable les patients lorsqu'ils sont confrontés à des dossiers administratifs pour faire reconnaître une longue maladie ou un handicap.

Selon Albert Ciccone, dans son livre *la violence dans le soin*, l'institution est un lieu de souffrance des soignants : « *la destructivité est souvent contagieuse, et les équipes de soin sont souvent contaminées.* ». Une autre source de souffrance des soignants, vient de la logique institutionnelle avec son organisation des pouvoirs et des rapports de force. Or ce n'est pas toujours celui qui est concerné qui soigne, mais chaque membre de l'équipe peut avoir son importance dans la prise en charge du patient. Il cite, dans son livre, une anecdote d'une adolescente qui réalise une psychothérapie, mais qui reste mutique face au psychiatre, alors que pendant le trajet, avec son éducatrice, elle se confie...au final, cette situation peut l'aider à guérir, mais ce n'est pas par le biais de la prise en charge du médecin. L'institution renvoie chaque agent à un rôle bien défini, cela conduit à une asymétrie entre tous, le malade est positionné tout en bas de cette distribution des rôles. Cette asymétrie est favorable également à une acceptation de la violence par le soigné. P.Bourdieu, décrit comme violence symbolique les violences dissimulées ne faisant pas l'objet d'objections de la part du patient, mais au contraire d'une forme de complicité, pouvant même laisser penser à de la participation de la victime.

- Les violences parasites

Il arrive souvent, d'après Claire Marin que, le patient subisse des violences qu'elle appelle « parasites » : il s'agit des paroles humiliantes, blessantes, d'agacements, de mépris, d'indifférences, de gestes, de regards, de silences. Ce sont des gestes ou des paroles réalisées dans un cadre thérapeutique que le patient peut percevoir comme une agression gratuite.

Ces violences parasites sont délétères pour la relation soignant- soigné, mais surtout elles ne favorisent aucunement la confiance et encore moins l'alliance thérapeutique. Le malade peut en arriver à abandonner ses soins.

- L'entrée en guerre

Lorsqu'on est témoin des pratiques hospitalières ou dans les cabinets médicaux, on peut se demander si la médecine soigne au sens «de veiller au bien être des personnes » la médecine souhaite guérir avant tout !

Le patient deviendrait la maladie à combattre. Le soignant ne voit donc plus le patient, mais le mal à éradiquer. D'ailleurs dans le monde médical un vocabulaire guerrier est utilisé. Dans « la médecine et la question du sujet », F.Dubas parle des signifiants guerriers de la biomédecine : on parle « d'arsenal thérapeutique », de traitement « d'attaque », de « dose de charge », de « traitement de deuxième ligne », de « stratégie thérapeutique », de « fenêtre de tir »...

Dès leur formation les médecins deviennent des « guerriers ». Comment faire dans ses conditions pour éviter d'utiliser la violence ?

- Le sadisme soignant

Il s'agit d'une violence réelle, mais peu abordée, ne serait-ce que dans la formation des futurs infirmiers, le sujet est en effet tabou. Les préjugés moraux des soignants peuvent les faire dévier de la déontologie, de manière inconsciente. Le fait de prendre en soin, les « marginaux », les « patients de seconde zone », par exemple, un sans domicile fixe, un alcoolique, quelqu'un qui ne correspond pas à nos valeurs, nos normes, nos modes de vie peut engendrer des situations de violence dans le soin. Ainsi, un patient « déviant » sera moins bien accompagné : on lui interdira la visite de ses proches pour un motif quelconque, il n'aura pas la dose d'antalgique qu'un autre patient aurait reçu sous prétexte qu'il est déjà « sous toxiques », il n'aura pas droit aux soins parce qu'il a « bien cherché » sa maladie... Le simple fait pour un médecin de refuser la prise en charge d'un patient bénéficiant de la CMU (couverture maladie universelle) est une violence symbolique.

3.2.3 Les causes de la violence

- Une relation asymétrique

La relation soignant-soigné est souvent asymétrique : le patient est allongé alors que le professionnel de santé est debout, il est quasiment dénudé alors que le soignant est en blouse ou habillé. Il ignore tout de sa pathologie alors que le soignant a les savoirs...

Le patient d'un point de vue étymologique est quelqu'un de passif et de souffrant à la fois. Le médecin devient alors paternaliste avec son patient : il lui remet une ordonnance. « *le malade est dessaisi de sa maladie que le biomédecin tend à s'approprier lui seul sachant ce qui est bon pour son patient* » (Dubas, La médecine et la question du sujet - Enjeux éthiques et économiques, 2012) p 26, selon lui une domination existe sur le patient du simple fait de porter

une blouse blanche, pour lui, elle amène le savoir, l'hygiène et la pureté des intentions. Elle « protège » et « domine ».

Dans ces conditions, si la technicité du biomédical (Qui concerne à la fois la biologie et la médecine) l'emporte, que devient le patient ? un objet ?

- L'objectivation

« (...)le plus souvent l'hôpital est géré comme une gigantesque machine objectificatrice »....
(Malherbe, 2003, p. 37)

J.F Malherbe parle de l'approche « scientifique » qui serait la principale source de violence dans le soin. A force de s'adresser à la maladie du patient, ce dernier est objectivé.

Ce contexte d'objectivation empêche les relations entre soignants et soignés., d'après lui il faut passer du temps avec le patient, s'asseoir avec lui, répondre à ses questions, seulement le « scientisme » serait une croyance illusoire selon laquelle, seule la science va résoudre tous les problèmes, quels qu'ils soient. Le patient devient un objet.

« L'observation médicale n'est qu'une objectivation du soigné, en effet on traite l'objet qu'est la maladie est non le sujet malade, d'ailleurs « l'histoire de la maladie » est « une histoire sans malade », on ne tient plus compte de la personne malade, mais de l'évolution de la maladie dont il est atteint. » (Dubas, La médecine et la question du sujet - enjeux éthiques et économiques, 2012)

Selon Michel Caillol, (médecin de l'éthique) l'objectivation est nécessaire dans la pratique soignante. Selon lui il existe une antinomie en médecine : soigner serait prendre en charge une personne, un être humain., mais également avoir une technique efficace ce qui entraîne l'objectivation du malade. Le soignant doit avoir conscience qu'il a un humain face à lui, d'où l'éthique dans le soin. Un soin est une action, et non une fabrication : elle engage la responsabilité morale du soignant. Il explique que pour un soignant il est d'ailleurs impossible de soigner un membre de sa famille, car il lui est impossible d'objectiver le malade. Un soin n'est jamais agréable, personne n'a envie de faire un séjour à l'hôpital, sauf sous la contrainte de la maladie. Le soignant doit être à la fois, attentionné et user de technicité. L'objectivation est nécessaire mais transitoire, si elle devient persistante dans le temps on se rapproche des agissements des tortionnaires (nudité, incision, « ouverture » d'un corps).

- Le transfert et le contre transfert du soignant.

Albert Ciccone, reprend les raisons qui peuvent pousser un soignant à être violent. Tout d'abord, il évoque l'absence d'une « préoccupation soignante primaire », ne serait-ce qu'au niveau de la formation infirmière, il estime que cette notion ne peut pas être enseignée : comment faire pour que les soignants deviennent sensibles aux malades ? Faut-il que le soignant ait cette disposition avant de devenir soignant ?

Selon lui, on peut s'interroger sur le désir de soigner. Le soin d'adresse au patient, mais inconsciemment au soignant également. Il faut alors répondre à l'autre et non à soi, sinon la violence s'installe.

Face à la maladie le soignant peut présenter le symptôme contre transférentiel qu'est la violence. Face à l'impuissance, le désespoir, une hostilité envers le patient peut se mettre en place. Le soignant peut même ressentir de la honte de ne pas correspondre à l'idéal du métier.

Il peut en arriver à se mettre en retrait afin de s'épargner les souffrances qui lui font face. Il s'agit d'un mécanisme de défense naturel, et souvent transitoire, s'il devient permanent, cela peut favoriser les situations de violence. L'auteur appelle cela le « gel des affects ».

Il arrive aussi que le soignant n'écoute pas le malade, d'ailleurs il interprète souvent le refus de soin comme une attaque envers lui-même. Pourtant un patient qui refuse un soin utilise ce moyen pour s'exprimer, cela devrait être vu comme un moyen de communiquer au lieu de le percevoir comme une situation hostile. La position d'expert médical renforce cette situation : l'avis ou le savoir du patient ne compte pas, on ne l'écoute pas, et cela peut faire violence.

D'autres origines à la violence existent : la rétorsion (ne pas répondre au besoin du patient, mais plutôt à ce qu'il provoque en nous), la jouissance (plaisir voyeuriste , malgré l'apport d'une aide, le soin peut être violent par sa prise en charge inadaptée...). La fétichisation (une utilisation rigide de la théorie empêche l'écoute du patient), une collusion patient soigné engendre de la violence pour le malade et enfin une équipe désaccordée, peut engendrer de l'anxiété pour le patient, des silences peuvent passer pour un abandon...

- Les contraintes économiques dans les soins

Avoir une approche scientifique permet de tout quantifier et laisse de côté les « qualités ». L'économie tient une place prépondérante dans la gestion des soins. Il faut réaliser les soins en

un minimum de temps : les séjours hospitaliers sont de plus en plus courts. Plus on va vite, moins les soins sont coûteux. « Or, actuellement, La pression économique infiltre son poison déshumanisant dans l'institution ... ». (Malherbe, 2003, p. 39)

J'ai également noté dans l'article de Philippe Svandra, infirmier, cadre de santé formateur. que le rationalisme, la standardisation des soins est problématique. « Ainsi les protocoles rigides prolifèrent dans les domaines qui étaient jusqu'à présent du ressort des rapports humains, de l'éthique des soignants. ». On parle en langage statistique : échelles de gravité, arbres décisionnels... On utilise des méthodes de gestions dignes de la production industrielle, on peut alors se demander où est la part humaine du métier de soignant. Les soins sont quantifiés, il n'y a plus de place à la réflexion... comme les ouvriers dans le taylorisme. La tarification des actes donne une valeur aux soins. Certains ne sont plus rentables (la psychiatrie, la gériatrie).

Les patients sont regroupés par pathologie (Groupe homogène de malades) ! par cette classification, les malades n'ont plus de singularité, ils correspondent à des standards qui permettent à l'institution d'uniformiser les diagnostics et les thérapeutiques, le but étant de diminuer les coûts, mais à quel prix pour le patient ?

4 L'enquête exploratoire

4.1 Entretien semi directif

Pour réaliser mon enquête exploratoire, j'ai fait le choix de mener des entretiens semi directifs. Un entretien semi-directif va permettre d'échanger avec des soignants sur leur expérience, le fait de poser le moins de question possible, et de la façon la plus ouverte possible permettra une expression libre sans influence. Il faut donc trouver les questions inaugurales ainsi que les questions qui relanceront le thème abordé. Cette méthode semble permettre le plus d'authenticité possible.

Afin d'amorcer l'échange, je commencerai par présenter brièvement le sujet de mon mémoire, ensuite, je demanderai à la personne de se présenter : l'endroit où elle exerce, son expérience (depuis combien de temps est-elle diplômée ?...). Ensuite j'aborderai les thèmes de mon cadre de référence : la prise en soin d'un patient (Le Cure et le Care), la vulnérabilité du patient, ce que la personne pense de l'institution, puis j'aborderai les situations violentes ainsi que la façon dont le professionnel peut gérer ces situations.

4.2 Population choisie

J'ai mené mon enquête auprès de quatre infirmiers diplômés d'état. Je me suis adressée à des personnes d'âge, d'expérience et de structures différentes. Je n'ai mis aucune restriction au choix des personnes interviewées.

4.3 Lieux d'investigations

J'ai commencé par un lieu de soin sous contrainte, j'ai eu la chance d'y faire un stage et j'y ai perçu peu de violence malgré le fait que les patients soient soignés sans leur consentement. J'ai réalisé un premier entretien avec une IDE du service, puis un autre de ses collègues à bien voulu se prêter au jeu.

Ensuite j'ai voulu aller en EHPAD, le fait que les patients soient des résidents, car il s'agit de leur lieu d'habitation avec un cadre institutionnel m'a paru pertinent : comment ne pas être violent lorsqu'il y a un tel contexte ? Je perçois l'EHPAD comme un lieu de vie où les libertés s'arrêtent à la frontière de celle de l'institution.

Enfin, j'ai interrogé une infirmière libérale qui est confrontée à la pression du temps, la solitude face au patient, et des situations complexes au domicile (la crise hospitalière, les déserts médicaux, entraînent des répercussions sur les prises en charges, et parfois soigner au domicile peut devenir compliqué...

4.4 Mode opératoire

Le mode opératoire utilisé sera un enregistrement, avec l'accord de la personne interviewée, suivi d'une retranscription, puis d'une analyse de contenu.

4.5 Questions de l'entretien semi-directif

Voici les questions que j'ai posées, en considérant qu'elles ont un peu évolué au fur et à mesure de mes entretiens. J'ai tenté de rebondir sur les réponses que l'on m'a données, donc d'autres questions sont apparues afin d'être la plus pertinente possible.

- Dans un premier temps, pouvez-vous vous présenter professionnellement ?
- Pouvez-vous me parler de votre pratique quotidienne du soin ? Comment la qualifieriez-vous ?

- Peut-être avez-vous vécu des situations de désaccord avec vous-même ? pouvez-vous m'en relater une ?
- On peut admettre qu'il existe un certain degré de violence dans le soin, pouvez-vous m'exposer votre point de vue sur cette question ? En vous appuyant sur des exemples vécus ? Etant confronté à ces situations, quel a été votre ressenti ? votre réaction ?

5 Analyse

5.1 *Présentation des entretiens*

Mon premier entretien s'est déroulé dans une unité d'accueil crise fermé en psychiatrie. La première infirmière que j'ai interrogé, Léa, a une expérience de 5 ans en tant qu'infirmière et principalement en soin sous contrainte. En effet, le poste qu'elle a occupé pour les six premiers mois de sa carrière était en UMD, elle était dédiée uniquement à un patient (ce poste avait été créé par l'ARS) pendant 6 mois, puis elle a fait partie de l'équipe pendant 6 mois aux UMD. Elle a également été infirmière d'accueil psychiatrique aux urgences de l'hôpital d'Avignon. Puis est en accueil crise fermé depuis environ 2 ans.

L'entretien s'est déroulé en salle de visite pour les familles, il s'agissait donc d'un lieu isolé, mais nous entendions une patiente en crise hurler pendant une bonne partie de l'entretien. La discussion était très fluide, et le thème principal était une prise en charge optimale et adaptée au patient, malgré un soin apparemment « violent ».

Le second entretien a eu lieu au même endroit, l'infirmier également en poste ce jour-là m'a proposé de venir « tu t'es déplacé autant que tu m'interroge aussi ! ». Il était un peu moins à l'aise, car voulait être le plus clair possible pour moi, j'ai vraiment ressenti une implication de sa part, et une envie de m'aider dans mon travail ! Charles est en poste également depuis 5 ans. Il a toujours travaillé en psychiatrie. Avant d'être à l'accueil crise fermé, il occupait un poste en clinique, mais il n'est pas resté longtemps, (9 mois) car avait l'impression d'avoir « fait le tour », de se sentir moins utile que pour des « patients en crise ». L'entretien était bref et concis, mais allait droit au but : l'esprit d'équipe influence énormément son travail.

Le troisième entretien a eu lieu en EHPAD avec Daphné qui a une expérience de 16 ans dans le soin. Elle a exercé dans différents domaines avant d'occuper un poste dans l'EHPAD où je l'ai interrogé. Elle a travaillé aux urgences, en chirurgie générale, en soins intensifs, en

médecine interne. Ensuite elle a passé un diplôme universitaire d'hygiène, et de 2016 à 2019 elle a été infirmière hygiéniste à l'hôpital, puis elle a exercé à mi-temps en EHPAD et l'autre moitié du temps dans une équipe mobile d'hygiène. Depuis un an et demi elle est exclusivement en poste à l'EHPAD, car le soin lui manquait. Cet EHPAD a d'ailleurs été choisi en toute connaissance de cause. Elle connaissait la politique de l'établissement, et y attachait beaucoup d'importance. Cet entretien s'est déroulé dans un bureau isolé de toute pollution sonore. Daphné avait veillé à ce que mon accueil se fasse de manière optimale. Son discours était très spontané : le sujet l'intéressait (elle avait réalisé un travail de fin d'étude sur les contenions). Elle y a abordé l'importance d'avoir une équipe soudée dans le soin et une prise en charge globale du patient.

Le dernier entretien s'est déroulé avec Nadine, infirmière libérale. Diplômée depuis 19 ans ! Elle a débuté à l'hôpital pendant 8 ans elle a travaillé dans différents services : gastro-entérologie, pneumologie, urgences, hémodialyse, et chirurgie. Ensuite elle est devenue infirmière libérale car elle a eu « une révélation » !

L'entretien s'est déroulé dans son cabinet, au calme, et toute son attention m'était portée. Nadine est passionnée par son métier, et l'entretien a beaucoup tourné autour du fait qu'il s'agit d'un métier qui demande une remise en question et une réflexion perpétuelle afin de s'adapter au mieux à l'humain que l'on soigne.

5.2 Analyse thématique

Afin d'affiner mon analyse et pouvoir comprendre pourquoi soin et violence vont parfois de pair, j'ai repris les trois notions de Philippe Svandra dans son article *soins sous tension*, la bienveillance, la technique, et la justice. Ces trois notions pouvant être représentées par un triangle au centre duquel se trouve le soin, donc le soignant.

Ce dernier, devra trouver son équilibre de fonctionnement. Si cet équilibre n'est pas respecté le soin peut devenir violent.

Les deux situations de départs que j'évoque au début de ce travail, n'ont été que des exemples parmi beaucoup d'autres auxquels j'ai malheureusement assisté. Comment ces situations arrivent-elles ? Lors de mes recherches documentaires et des entretiens avec les professionnels ainsi que lors de mes nombreuses observations, il m'a été permis de mettre en lumière un grand nombre de facteurs permettant la rencontre du soin et de la violence. Lorsque le soin et la

violence se rencontrent, on peut considérer qu'il y a un déséquilibre entre plusieurs déterminants.

J'ai donc réalisé un classement de ces facteurs abordés lors de mes entretiens et déjà abordés lors de la recherche documentaire. Ils doivent se rencontrer et être mis en tension perpétuellement afin de s'équilibrer et permettre un soin non violent.

- La bienveillance : facteur intrinsèque appelant à l'éthique du soignant, « ce que je devrais faire »
- La technique dans cette catégorie je peux y mettre les moyens et le savoir-faire du soignant, ce qui relève du possible « je peux faire »
- La justice : à laquelle je rattacherai des facteurs institutionnels, c'est-à-dire ce que doit faire le soignant « je dois le faire »

La bienveillance, est un principe fondamental des règles éthiques qui régissent la pratique de soins. L'individu est en effet un être vulnérable qui implique la responsabilité de, et à l'autre, particulièrement dans mes exemples. Comment alors ne pas tomber dans la désinvolture ou à l'inverse dans une relation amicale ou une relation débordant de compassion ou de pitié ? Le patient et le soignant se trouvent dans une situation d'asymétrie, dans mes situations, avec des patients dominés par des soignants.

La technique, peut être associée à la pose d'une sonde ou d'un cathéter, mais surtout aux pratiques protocolisées de l'établissement de santé : ces actes relèvent d'une pratique soignante en vue de réaliser un soin, or, dans mes observations, le patient, est exposé, par son corps à une deshumanisation qui l'objective, s'intégrant à un protocole standardisé.

Enfin, la notion de justice renvoie à une réflexion collective, seulement, chaque individu soigné est différent, et chaque prise en charge reste individuelle. Le soignant est responsable légalement du soin apporté au patient, il a pour responsabilité de le soigner. Dans mes situations, la responsabilité du soignant est de suivre une prescription médicale. L'infirmier répond à une obligation morale, une responsabilité, parfois au détriment du patient.

Mes entretiens sur le terrain m'ont permis de mettre en évidence ces déterminants, ainsi que les conditions pour parvenir à optimiser le soin en éloignant l'usage de la violence.



On peut par ailleurs noter la similitude de concept avec « le triangle éthique » de Paul Ricoeur. Trois axes découlent de ce concept : l'estime de soi, la sollicitude envers autrui et la justice pour les autres. Cela caractérise le dilemme qu'il soit personnel ou interpersonnel.

Voici mon analyse thématique :

5.2.1 La Bienveillance

D'après Le Robert, *la bienveillance est une disposition favorable à l'égard de quelqu'un*. Afin d'accomplir un soin de la façon la moins violente possible, il faut être bienveillant. Lors de mes conversations avec les infirmiers sur le terrain, j'ai constaté qu'il y avait beaucoup de bienveillance dans leurs pratiques professionnelles. En effet, Daphné, par exemple dit avoir choisi l'EHPAD pour lequel elle travaille parce qu'il y a « des beaux projets et ça me motive » ligne 29. Elle se définit comme quelqu'un de sensible, mais « professionnellement il y a plus de retenue » ligne 42. Cette posture, elle la tient surtout au fait de vouloir maintenir une prise en charge de qualité (ligne 48). Ainsi, elle place son curseur dans une position qui tend à trouver un juste équilibre (sans tomber dans la pitié ou à l'inverse la malveillance). Elle se définit d'ailleurs comme « humaine » ligne 46. Lorsqu'elle occupe ses tâches elle fait du mieux qu'elle peut « je pense bien les faire » ligne 53.

On peut par ailleurs remarquer qu'elle parvient à dégager du temps pour les étudiants en stage ou pour le mémoire, « ça fait partie du soin » ligne 86. Selon elle, il est important de tenir compte du rythme de chacun des résidents. Il est crucial de s'adapter et de respecter chaque résident, notamment en ce qui concerne les heures de réveil, en respectant les rythmes. « celui qui veut dormir, peut dormir, celui qui veut...se lever à 10h00 le matin et l'autre à côté se lever à 8h00, il peut.... » Ligne 127.

Elle reconnaît bien entendu que rien n'est parfait, mais « on essaye de faire au mieux » et elle tente de « répondre aux besoins du résident...qu'ils soient exprimés ou non ». Elle semble alors faire preuve d'empathie, en effet, même si le résident n'exprime pas de manière claire ses

besoins, elle va tenter de les définir. Elle accompagne le patient. Elle tient compte du refus de soin, « je l'entends » ligne 237, elle reporte si cela est possible, elle prend aussi le temps d'expliquer au patient, en cas de persistance du refus, elle cherche à comprendre les raisons, et surtout ne tombe pas dans une dérive où on « écoute » trop le patient qui refuse le soin : cela peut cacher une autre problématique. Son analyse lui permet une adaptation la plus fine possible au patient, c'est bien le patient qui détermine le soin et non elle qui impose un soin.

Léa quant à elle est « très sensible émotionnellement » ligne 20, elle se qualifie comme étant « une éponge » ! En effet, elle explique qu'elle est très sensible au discours des patients lorsqu'ils parlent de leur souffrance, des violences vécues, il lui arrivait de ressentir leur colère ou leur émotion, néanmoins, avec le recul, elle parvient à « différencier (ses) propres émotions de celles du patient » ligne 27, elle est convaincue que cette sensibilité est très importante dans le soin, ligne 28. Son poste l'épanouit vis-à-vis de la prise en charge des patients « travailler avec les patients sous contrainte, travailler l'alliance aux soins, l'accompagnement dans les moments de crise jusqu'à la stabilisation, c'est vraiment quelque chose que j'aime. » lignes 34-35. Evidemment, il lui arrive aussi d'être au bout de sa patience, elle est à l'écoute de son ressenti « je me sens peinée » ligne 58, dans ce cas elle passe le relais. Elle reconnaît donc ses limites et sait que si elle ne peut plus être bienveillante elle compte sur ses collègues. Elle raconte d'ailleurs une anecdote du début de sa carrière où elle considère avoir commis une « énorme connerie », elle pense que son égo ainsi que sa ténacité (ligne 88), l'ont emporté sur la prise en charge du patient, elle a toujours travaillé en psychiatrie, mais dans des services très cadrés, « j'ai appris une psychiatrie cadrante » ligne 117. Lorsqu'elle a voulu transposer cette méthode dans un autre service, elle s'est rendu compte qu'elle avait aggravé les tensions d'un patient qui avait une attitude totalement inadaptée lors du repas. En effet, celui-ci était insultant et menaçant envers les autres malades, Léa lui a donc demandé avec autorité de partir s'isoler dans sa chambre. Elle le fait reculer « j'avais décidé qu'il allait rentrer dans sa chambre parce qu'il avait dépassé les limites du respect, le patient refusait, a menacé de me tuer à plusieurs reprises, comme on était très proche, je n'avais absolument pas gardé ma distance de sécurité ...c'est moi qui allait avoir le dernier mot, parce que j'étais l'infirmière et lui le patient...hiérarchiquement je suis au-dessus, c'est moi qui décide » lignes 80 - 82... Le patient en est devenu agressif envers toute l'équipe. En voulant faire preuve d'autorité sur un patient elle s'est alors rendu compte qu'elle avait « dépassé une certaine limite...il n'y a pas de hiérarchie, y a pas de toute puissance...je ne suis pas la patronne du patient loin de là et je ne

le serai jamais. On travaille en collaboration, et à son rythme....je suis allée en frontal et ça ne fonctionnait pas »....lignes 95 à 97. Cette situation lui a fait prendre conscience qu'elle n'était plus bienveillante, mais qu'elle exerçait une autorité sur le patient. Cette asymétrie dans la relation soignant soigné dont parle F Dubas, dans *la médecine et la question du sujet* existe, même lorsque ce n'est pas volontaire. Léa a appris à être cadrante, elle pensait faire au mieux. Dans les services de soin psychiatrique il arrive d'être confronté à un patient sans filtre qui peut se montrer agressif, malgré sa vulnérabilité, la sensibilité dont Léa fait preuve l'a sans doute aidé à analyser cette situation et ne pas la réitérer. Et c'est là toute la différence avec les situations que je raconte : le patient est si vulnérable, ne peut pas bouger par sa position dans le lit (à cause de sa pathologie), mais aussi parce qu'on le tient...l'infirmière exerce une violence sans limite sur le patient. Léa a pu se remettre en question : « Je suis beaucoup plus à l'écoute du patient aujourd'hui ». Ligne 110. Léa me raconte également une autre situation qui peut paraître malveillante et violente. Une patiente qui est hospitalisée dans ce service depuis plusieurs années, « transpirait la souffrance et l'angoisse... » elle était totalement désorientée, elle était en demande à la fois d'une contention, mais également d'un souhait de sortir....cette situation a duré au moins trois jours, et une décision a été prise en équipe : la chambre d'isolement. Ce qui a été le plus difficile pour Léa était de se dire qu'elle ne montrait aucune hétéro-agressivité : « ...elle nous demandait d'aller en ISO, elle nous demandait de sortir, elle ne savais plus. C'était très compliqué, elle hurlait de douleur euh psychique, depuis trois jours et donc hier on a pris la décision deben de la contraindre et de la raccompagner en chambre, euh et donc de dedonc dans un premier temps on l'a porté, alors qu'elle n'avait pas de signes d'hétéro agressivité envers nous à proprement parler, mais elle a refusé de nous suivre , donc, nous on l'a porté jusqu'à sa chambre et ensuite on a négocié un traitement per os, elle ne l'a pas pris. On est allé loin dans la négociation, parce que c'est très important d'aller jusqu'au bout, euh et donc on n'a pas eu le choix, en tout cas elle nous a pas laissé le choix, elle a choisi entre le per os et une injection, et donc puisqu'elle n'a pas choisi le per os, c'est l'injection qui a été indiquée. Donc ça c'est très compliqué parce que on l'a on a isolé cette patiente il y avait tous ses bijoux tous ses biens c'était, provisoirement évidemment, le temps de... de... la... de l'isolement, et ça c'est très compliqué parce que finalement elle avait pas d'hétéro agressivité envers nous, euh et le soin devient violent sans qu'elle n'ait finalement déclenché cette violence, parce que il y a un patient qui va euh je sais pas moi en coller une un agent.... ». Lignes 137 à 151. On sent bien que Léa n'est pas à l'aise avec cette décision, mais qu'au fond c'est pour faire

au mieux, avec une bienveillance envers cette dame en souffrance, d'ailleurs elle ajoute : « elle était en souffrance et nous, justement c'est là où du coup on se dit , c'est pas maltraitant parce que ce qui serait maltraitant ce serait de la laisser dans l'état dans lequel elle est maintenant. Même si là là la c'est difficile, ça a été difficile on était quatre, ça a été difficile pour les 4 agents de faire ça et de vivre cette situation ». Et elle ajoute : « on ne pouvait pas laisser cette patiente souffrir autant »...ligne 182

Charles estime avoir une « utilité » dans ce type de soin (sous contrainte et pour des patients en crise). Il se définit comme patient et calme. Il est clairvoyant sur l'état de vulnérabilité des patients qu'il soigne : « c'est des personnes qui sont désorientées, qui sont agitées » ligne 22. Ce poste lui convient tout à fait, « ce n'est pas évident tous les jours, mais c'est plaisant » ligne 39. Il est conscient que certaines pratiques utilisées dans le services peuvent sembler maltraitantes, il évoque les contentions physiques et trouve que ce n'est « pas naturel ».ligne 77. Lorsqu'un patient devient agressif, il est conscient que ce n'est pas envers lui « on est pas visé » ligne 90. Il m'explique que la contention peut vraiment être compliquée (est-elle en accord avec ses valeurs ?), mais heureusement, il perçoit souvent chez le patient une gratitude après cette phase de crise. « Ils nous remercient du soin qu'on a apporté » ligne 110, « c'est toujours plaisant de savoir qu'on apporte quelque chose au patient » ligne 115. Il exprime sa bienveillance envers le patient également lorsqu'il parle de la pathologie dont le patient souffre, il exprime même une certaine empathie lorsqu'il exprime une relation de soin dans laquelle la maladie complique les choses, il perçoit complètement le mal-être ainsi que les symptômes qui peuvent entacher cette relation. « La relation de soin est encore plus compliquée parce qu'il faut prendre en compte aussi ce côté...interprétatif ».ligne 146.

Nadine, mobilise ses propres émotions pour mettre en œuvre le meilleur des soins pour le patient. Son métier d'infirmière libérale a été une révélation pour elle. Lorsqu'elle parle de son organisation, on ressent une bienveillance envers sa patientèle. En effet, lorsqu'elle utilise le terme « nombre de passages par jour », elle souhaite préciser qu'il ne s'agit en aucun cas de « dénaturer le soin » ni même « déshumaniser » son travail. Ligne 43. Afin d'optimiser sa prise en soin elle explique qu'il faut une prise en charge globale et un lien de confiance. « si on prend notre patient dans un soin global...on établit un lien de confiance... »ligne 58.

Elle parle également de politesse, de respect, d'honnêteté, lorsqu'elle est amenée à travailler plus rapidement à cause d'imprévus, il lui est inconcevable de considérer le patient comme un

objet. « On n'est pas des sauvages quoi. On va respecter absolument le patient pendant les soins....oui on peut être amené à travailler rapidement, mais rendre le patient objet...j'espère que non » lignes 70 à 74. Elle rappelle sans cesse qu'elle travaille avec des humains. Elle relate d'ailleurs une situation qui lui a paru particulièrement violente lorsqu'elle était encore étudiante. « ... Exemple en gériatrie, à l'hôpital il y a une quinzaine, plus que ça entre 15 et 18 ans, les patients, en fait, systématiquement, sans vérifier et faire de surveillance des selles, ben systématiquement tous les lundis par exemple, de telle telle chambre à telle chambre, chambre numéro une jusqu'à chambre numéro 25, tous des Normacols ! « il y avait une forme d'incohérence...que ce côté radical me gênait ». Actuellement, lorsqu'elle fait un soin, elle veille au stress du patient, elle explique, accompagne...Pour elle un soin doit prendre en compte toute la sphère de la vie du patient. « C'est grâce à tout ce qu'on a mis en place qu'on a pu aboutir le soin autant dans la dimension technique que émotionnelle physique et psychologique, tous les toutes, les tous, les domaines de la vie du patient quoi? ». Nadine pense que la violence vient d'une faille de la part du soignant, il devient maltraitant car lui-même est en souffrance ou que ce dernier présente une faiblesse. « ..autant la violence, j'ai l'impression que non parce que la violence moi, je l'associe aussi à un paramètre comme la méchanceté, la perversion euh, une faille quoi quelque chose qui est créé en la personne qui fait que en fait, elle exerce une violence. »

Comment savoir si la bienveillance est favorable au patient, il s'agit au soignant de juger ce qui est le mieux pour le patient, mais il arrive de se tromper. Lors d'un autre stage, un médecin n'a pas voulu avertir le patient d'un diagnostic très grave : peut-être que ce n'était ni l'endroit, ni le moment, mais on peut également se dire que le patient aurait aimé le connaître, il aurait pu redéfinir ses priorités dans la vie, appeler ses enfants pour profiter d'eux avant qu'il ne soit trop tard ? comment savoir ce qui est le mieux ?

5.2.2 La technique

La définition du mot technique peut avoir trois aspects dans le petit Robert :

- *Qui appartient à un domaine particulier, spécialisé, de l'activité ou de la connaissance.*
- *(en art) Qui concerne les procédés de travail plus que l'inspiration. Les difficultés techniques d'une sonate.*
- *Qui concerne les applications de la science, de la théorie, dans le domaine de la production et de l'économie. Progrès techniques et scientifiques.*

Le troisième concerne la production et l'économie, parfois celle que l'on demande aux soignants s'approche malheureusement de cette définition.

L'utilisation d'un savoir-faire est très importante dans le soin, évidemment celui-ci ne doit pas être au détriment du patient. C'est pourtant bien ce qui est arrivé dans mes différents exemples. Le patient était totalement absent du soin ! L'expertise infirmière est primordiale, sinon il n'y a pas de soin ! Comment équilibrer l'utilisation de la technique ?

Dès le début de la formation infirmière, on réalise que les apprentissages ne se limitent pas à des concepts théoriques ou techniques, il y a également une grande variété de sciences humaines. (psychologie, sociologie et anthropologie, soins relationnels...)

Daphné parle beaucoup de sa carrière et des soins techniques : elle donne beaucoup d'importance à ce qu'elle a appris, et la pratique technique qui en découle. Elle s'est d'ailleurs spécialisée dans l'hygiène (un impératif dans la prise en soin : il n'est pas concevable qu'un patient souffre d'une infection à la suite d'un soin). Lorsqu'elle parle des soins qu'elle réalise, elle parle de « soins de base » : les transmissions, les dextros, les constantes, les pansements, les médicaments. « je peux me régaler quand des choses bêtes mais la dernière fois il y avait des hémocultures. J'en ai fait. Bon c'est pas un soin transcendant un autre infirmière dirait elle en fait tous les jours. Ayant connu par mon expérience d'autres soins plus techniques, bon j'étais pas en réanimation non plus mais...euh.... »

Elle ajoute même que la technique ne peut pas être isolée dans le soin, c'est une manière de rentrer en contact avec le patient : « Donc enfin je ne me sens pas moins infirmière parce que je travaille pas dans un service de haute technicité »...ligne 228.

Cependant on s'aperçoit qu'un soin a besoin d'une expertise infirmière. Si l'on revient sur le cas de refus de soin (une résidente de l'EHPAD qui ne souhaite pas se laver), en soi, il paraît bienveillant de respecter le choix du patient à ne pas vouloir se laver, cependant ce refus exprime une autre problématique et sans une expertise infirmière, l'état du patient peut se dégrader. « Et en fait je pense qu'après l'expertise infirmière est là pour venir dire : bon il y a du refus, mais il y a aussi au niveau clinique une aggravation donc là il va falloir quand même, la stimuler à accepter ce soin, parce que sinon elle peut se dégrader, faire des mycoses et autres... et là il va falloir un peu forcer. Mais après il y a une posture. Et c'est pas s'opposer c'est avoir une posture pour que la personne accepte. Et, après c'est de l'ordre du jugement

clinique, de comment on évalue comment on va faire accepter le soin. Mais bon c'est presque au quotidien après c'est pas des soins....Souvent c'est des petits soins chez nous ! mais enfin c'est pas...enfin voilà ! » lignes 261 à 271.

Léa explique avoir appris, en début de carrière une psychiatrie « cadrante, stricte, rigide » et se prête au jeu des formations qui lui sont proposées au sein de l'établissement qui l'emploie. Elle est consciente que l'expérience et les formations peuvent l'aider dans sa pratique professionnelle. « En cas d'agressivité, et de menace hétéroagressive...il y a des techniques, notamment la reformulation, toujours recentrée sur les émotions, voilà ...ya beaucoup de techniques » lignes 106 à 110. Elle parle de la formation Oméga. Quand elle fait appel à la contention, qui peut en effet être violente, elle estime qu'il est nécessaire d'avoir un jugement clinique pour y avoir recours. « il faut le justifier cliniquement » ligne 130.

Charles estime que la pratique de son métier lui permet « d'apprendre tous les jours » de nouvelles choses. Ligne 31. Selon lui la formation qu'il a reçue à l'IFSI lui a permis de se questionner perpétuellement sur ses pratiques. « en fait, si à l'IFSI ils nous apprennent. à faire des analyses de pratique donc, ils nous poussent à nous questionner au quotidien. Donc le fait de... si on le fait tous les jours on a pas un comportement robotisé et on peut ...Être en adéquation avec nos valeurs et essayer de répondre au mieux aux besoins du patient. » lignes 125 à 129.

En plaisantant il évoque ne pas être karatéka pour gérer les patients ! Mais évidemment il dit que c'est plus compliqué, qu'il s'agit surtout de s'occuper correctement du patient. Il est important d'utiliser les techniques de soin à bon escient et reparle d'avoir déjà dû sonder sous contrainte afin d'alimenter un patient, ou le perfuser... « On se doit de le faire même si le patient n'est pas d'accord, C'est une personne qui a une capacité de discernement qui est abolie donc on doit par moment faire les choses à leur place... » ligne 177 à 180, l'utilisation de la technique même sans l'accord du patient devient une responsabilité, mais le patient n'est pas pour autant objectivé.

Selon Nadine le patient doit rester au cœur du soin, mais elle considère qu'une bonne technique est primordiale. Une prise en charge lui demande toujours de mobiliser toutes ses connaissances. Elle est infirmière libérale et doit être très organisée, elle organise ses soins par secteur géographique, par priorité...elle souhaite optimiser le temps tout en ciblant, et en ayant une attitude adaptée à la situation. L'observation et un 6^{ème} sens sont indispensables.

Lorsqu'elle relate la situation de violence (les patients qui avaient un Normacol sans vraiment vérifier l'état de leur transit) ,l'a amené à réfléchir à cette prise en charge qu'elle trouvait incohérente. Le simple fait de réfléchir à cette situation aurait permis d'obtenir un même résultat de manière plus adaptée. « Comme je disais, on peut très bien adapter Ben l'alimentation, mobiliser le patient, le faire davantage, boire d'abord, essayer le laxatif per os, favoriser je sais pas bon, une distribution à 04h00 de jus de pruneaux. Il y a plein de choses à mettre en place sans utiliser un moyen radical, en fait. » lignes 98 à 101.

Dans cette situation le patient est totalement objectivé, au point que même d'occuper une chambre avec un numéro pair ou impair, défini le soin ou non ! l'infirmière de ce service a sans aucun doute oublié l'aspect humain de son travail ! Elle l'exprime très bien « . On est obligé de obligé de mentaliser ton soin. En tout cas si tu le fais pas on pourra toujours être une bonne exécutante. On pourra toujours faire un soin technique ou une distribution de médicaments mais si on y met de l'humain et qu'on y met de la réflexion, ben on fait un cas dès, on travaille au cas par cas finalement. Avec un soin qui est riche, humainement » lignes 112 à 115.

Elle confirme que la technique à elle seule ne fait pas tout : devant une situation où il est impossible de « piquer » une jeune fille pour un bilan sanguin, en post opératoire, elle a dû adapter le matériel, reporter l'acte à l'après midi, mais surtout avoir réfléchi (avec les jours fériés il était compliqué de reporter à nouveau : la relation de soin avec les parents allait être détériorée). Le soin devenait technique par sa difficulté à être accompli, mais surtout il fallait préserver la relation avec la patiente et ses parents.

Elle aurait pu se « cacher » derrière le fait qu'elle n'avait pas le matériel, accuser le médecin de prescrire des bilans sanguins un jour férié...mais elle a accompli le soin tout en expliquant à chaque protagoniste, ce qu'elle allait faire pour réaliser le soin au mieux. Montrer sa bonne volonté était important dans la relation, elle ne s'est pas arrêtée à la difficulté technique.

Lors d'un autre stage, j'ai constaté que la technique pouvait altérer de manière importante les relations et permettait d'occulter une situation critique. Nous étions dans un service de médecine et une patiente avait son état qui se dégradait d'heure en heure. L'infirmière a préféré consacrer un maximum de temps à préparer tout le matériel d'urgence (sonde urinaire, aspiration, masque à oxygène) sans jamais adresser un mot à la patiente pour la rassurer. On ressentait un certain malaise dans sa pratique : elle réalisait un maximum de gestes techniques pour ne pas avoir à affronter la finitude de cette patiente qui est morte dans les heures qui ont

suivies. Elle ne faisait que rentrer dans la chambre pour l'aspirer ou relever la diurèse ! Aucune parole apaisante, aucun geste de réassurance, rien : uniquement des gestes techniques !

Mais bien évidemment sans technique, il n'y a pas de soin ! Afin d'entrer en relation il faut avoir des connaissances solides, et pouvoir réaliser le geste sans même y réfléchir pour être disponible face au patient. Nadine estime qu'être un bon soignant c'est avoir « de bonnes pratiques, de bonnes connaissances, un diplôme ! » mais aussi de l'expérience. Lignes 284-285

5.2.3 La justice

La justice au sens du dictionnaire le Robert est *une juste appréciation, reconnaissance et respect des droits et du mérite de chacun. Elle peut également être un principe moral de conformité au droit.*

Cette institution théoriquement garantit la prise en charge médicale pour tous.

Dans mon analyse, la justice du patient pourrait être représentée par l'institution. C'est elle qui va cadrer les soins (qu'ils soient en ville en milieu hospitalier...). Cette institution est parfois inadaptée à la singularité de chacun, et parfois nuit aux soins.

Au cours de mes entretiens le cadre institutionnel occupe une place primordiale malgré beaucoup de défaillances dans la prise en charge des patients.

Nadine, en tant qu'infirmière libérale a des obligations vis-à-vis de plusieurs acteurs, mais surtout des patients. Elle travaille sur prescription médicale, peut faire des soins de son rôle propre afin d'être la mieux adaptée aux patients. L'esprit d'équipe très présent en milieu hospitalier est peu existant dans la pratique libérale, l'infirmière est seule au domicile du patient et peut parfois être confrontée à des situations difficiles. Nadine explique passer par des émotions différentes tout au long de la journée. « je peux varier, ça peut être...allant de la sérénité à un bien-être en passant par des moments de tension. Tension parce que métier, stressant parce que, situation polyvalente, parce que, parce que le contexte actuel de soins, parce que, parce que contexte de certaines pathologies » lignes 10 à 13. Elle parle d'un contexte actuel de soin difficile : en effet les médecins sont de moins en moins nombreux et de moins en moins disponibles. En 15 ans d'expérience, elle estime que la pénibilité du travail a augmenté. Pour elle le travail occupe une immense partie de son temps : même en repos elle continue à travailler (la charge administrative s'est accrue, elle répond aux appels téléphoniques même en repos).

« c'est un métier qui est, comment dire, que je trouve plus stressant qu'avant, alors que j'ai plus d'expérience et que je devrais être moins stressée. » ligne 37 à 39.

Il est important d'avoir de bons collaborateurs : trouver une bonne équipe et travailler en bonne cohésion est primordial. Elle met un point d'honneur à effectuer des relèves, qu'elle écrit sur des applications qui respectent la confidentialité des patients, mais il est important de conserver des écrits. « Mais moi j'ai opté pour la transmission en fait des soins infirmiers comme une relève comme à l'hôpital. Donc déjà il y a des écrits, c'est hyper important. Ensuite on travaille quand même au problème du jour, et ensuite on planifie les soins. Donc oui il faut une certaine cohésion d'équipe. Il me semble que c'est essentiel pour pouvoir bien prendre en charge le patient, déjà, alors la bonne entente si elle y est, c'est la cerise sur le gâteau ! C'est parfait, c'est idéal et c'est je pense qu'on en optimise le soin. » lignes 178 à 183. Au sein de cette équipe, il y a également un respect, la relève n'est pas faite à 22h00, alors que le collègue se réveille le lendemain à 4h00 du matin. Une bonne communication est essentielle à la prise en charge des patients. « Donc je suis convaincue qu'en fait il y a ce cadre sans qu'il soit « rigide » sans qu'il soit, je ne sais pas comment expliquer « fermé » en travaillant en réfléchissant et en se remettant en cause et en travaillant, en communiquant avec notre équipe, on arrive quand même à faire, à être dans une certaine cohésion de soins et cohérence de soin. »

« Le cadre » implique au soignant d'avoir un statut qui parfois peut impliquer une relation asymétrique, Nadine parle de relation « verticale » et de « toute puissance » du statut de soignant. Elle pense qu'il faut rester vigilant, et cela peut être difficile pour certains, surtout si le soignant arrête de réfléchir, si il est fatigué. Elle pense que si le soignant est défaillant, alors qu'il a une responsabilité envers le soigné, il peut devenir un élément « stresser » qui s'ajoute à la maladie, à la vulnérabilité. « Une violence, une violence sexuelle, c'est un crime, une violence dans le soin, ça peut être ça. La porte ouverte à une erreur médicale à une souffrance chez un patient, peut-être un élément perturbateur ou déclencheur ne serait-ce qu'un élément stresser, ce n'est même pas stressant, c'est stresser. On peut devenir des stressers pour le patient, c'est horrible quoi, on n'est vraiment pas là pour ça quoi.... ».

Léa estime que l'institution peut provoquer en elle une certaine frustration dans la prise en charge des patients. Le fait de manquer de temps et de personnel influence sur la qualité de prise en soin. Elle donne la sensation de lutter contre celle-ci et surtout face aux décisions prises par celle-ci. Elle souhaite plus d'écoute de la part de la direction, elle souhaiterait que sa parole

et celle de ses collègues puisse influencer sur la politique menée par le cadre institutionnel. Elle regrette d'ailleurs cette situation et ce qui la fait tenir à ce poste reste le lien qu'elle établit avec les patients. « ...de faire participer les équipes, d'écouter les équipes mais au..... pas simplement les entendre, juste vraiment travailler en collaboration avec l'institution parce que ça n'est absolument pas le cas sur les projets institutionnels de l'hôpital on est plus du tout inclus c'était le cas y a peut-être 20 ans...mais ça n'est plus du tout le cas aujourd'hui. » lignes 44 à 48.

Elle aussi parle de la « toute puissance de la blouse blanche », qu'elle ne cautionne pas du tout, pour elle être infirmière n'est pas être le supérieur hiérarchique du patient, malgré ses débuts presque « militaires » en psychiatrie. Lorsqu'elle relate l'histoire de la patiente qu'il a fallu mettre en chambre d'isolement, alors que celle-ci ne montrait aucune auto ou hétéro-agressivité, elle s'est appuyée sur l'équipe « on a pris la décision de ». « on était quatre, ça a été difficile pour les 4 agents de faire ça et de vivre cette situation » ligne 162. D'ailleurs à la fin de mon questionnement elle reconnaît que l'institution peut jouer un rôle contenant pour les patients (et peut-être pour les soignants ?). « Euh, là.....elle avait finalement besoin de la mère entre guillemets pour la protéger et apaiser sa souffrance, la mère aujourd'hui, c'est la mère institutionnelle, c'est nous, on est les représentants de cette mère institutionnelle. On ne pouvait pas laisser cette patiente souffrir autant. » lignes 180 à 183.

Selon Charles, l'institution est parfois défaillante la pression des lits a des répercussions sur la prise en charge des patients. « Il y a des patients qui, qui sortent qui sont encore fragiles. ». Ligne 56 – « il faut faire au plus vite pour les médecins »...En revanche, le fait de travailler en équipe (au sein de cette institution), peut venir amorcer les soins. « c'est qu'on travaille en équipe, donc du coup on peut déléguer ». Lors de la pratique d'un soin tel que le conventionnement d'un patient l'équipe permet de réaliser le geste ; « Alors je pense que si je veux le faire tout seul, euh j'aurai du mal à m'en remettre ! Mais comme c'est fait en équipe. Dans le cadre du soin, bah ça reste cohérent » ligne 79 à 80. Malgré l'apparente violence de ce soin, le patient est la plupart du temps reconnaissant. Charles estime avoir une responsabilité envers le patient et sa famille. « Euh....En fait on a une, vis-à-vis de la société, on a une resp (responsabilité)...et de la famille, euh on a une responsabilité euh de prendre en soin la personne soignée On se doit de le faire même si le patient n'est pas d'accord, C'est une personne qui a une capacité de discernement qui est abolie donc on doit par moment faire les choses à leur place... » Dans le cas de Charles, le soin « forcé » est toujours fait avec beaucoup de réflexion,

il s'agit d'une responsabilité de soignant, mais il garde à l'esprit que ce genre de situation est compliquée et que l'équipe vient aider à la réalisation du soin.

Dans mes situations, le patient n'était pas au cœur du soin, mais de la technique sous couvert de l'institution et de ses protocoles, là l'intérêt du patient est toujours discuté, appuyé par l'équipe.

L'institution, selon Daphné est primordiale : elle a d'ailleurs choisi son lieu de travail en connaissance de cause : « la prise en charge elle me semblait me correspondre. » ligne 21. L'organisation permet une optimisation des soins individualisés. Elles sont deux sur la journée et une troisième vient aider et faire des tâches plus administratives. Elles accueillent les stagiaires de l'IFSI ou les élèves en interview pour le mémoire en trouvant du temps dans leur journée. L'EHPAD tend à proposer des activités qui plaisent aux patients, pour parvenir à des soins plus personnalisés il faut une équipe fiable. En tant qu'infirmière elle doit pouvoir déléguer à la vue du nombre de résidents. Elle estime qu'il faut avoir « confiance », « accepter de déléguer », c'est d'ailleurs une source de stress pour elle en cas de défaillances. « ...arriver à driver autant de personnes dans l'équipe avec des personnalités différentes ? c'est ça aujourd'hui qui me pose soucis,...me questionne et me met peut-être plus en échec que d'autres. » ligne 151.

Elle explique devoir déléguer son rôle propre « si l'équipe tient la route c'est réalisable », elle pense qu'en EHPAD l'infirmière est le chef d'orchestre !

En cas de dysfonctionnement, elle peut également compter sur sa direction qui est à l'écoute. Elle ne se sent jamais seule face aux problèmes. Toute cette organisation, même lorsqu'il s'agit des plannings permet de mettre le patient au cœur du soin. « et ici il y a une stabilité qui permet finalement de se décharger de ça pour être disponible pour le résident. ». L'établissement propose un environnement propice à une prise en charge efficace des résidents, l'esprit "libre" et non influencé par des conflits entre collègues ou des horaires qui ne conviennent pas, ainsi qu'une direction attentive aux agents, offrent des conditions d'exercice optimales et positionnent le résident au centre de l'institution.

5.3 Limites de l'enquête

Le thème de la violence exercée par les soignants dans le soin est un peu difficile à aborder. Je ne savais pas comment allait réagir mes interlocuteurs. Malgré cela, j'ai pu poser les questions qui me faisaient avancer dans ce travail, et les réponses que j'ai obtenu répondaient plus à la

question « comment ne pas être violent ? ». La pratique de la violence dans les soins a été abordée mais de manière floue : ce sujet est tabou. Certain parlait même de la violence des patients envers les soignants (ce qui arrive évidemment, c'est même courant, même sans être en psychiatrie). Néanmoins, j'ai eu la chance d'interroger des professionnels très humains animés par leur métier et toujours en train de se remettre en question.

J'ai trouvé dommage de ne pas pouvoir interroger de patients. Finalement ce sont eux les plus concernés, et il aurait été plus facile de repérer de manière plus concrète les violences dont ils sont victimes.

6 Problématique

Au cours des entretiens, les infirmiers m'ont fait remarquer d'autres choses à prendre en considération dans le soin.

Prendre soin de soi ! Il faut pouvoir avoir des loisirs en dehors du travail, avoir une bonne hygiène de vie (Charles) être disponible psychiquement lorsqu'on soigne !, Selon Daphné « il faut savoir s'écouter pour aussi soigner les gens », elle explique qu'elle vient sur un lieu de travail qui lui convient et donc elle y prend du plaisir. Nadine pense aussi qu'il faut se connaître soi-même pour soigner et avoir fait un travail sur soi. En effet, le métier de soignant est difficile car on est confronté à la maladie, la douleur et la mort, c'est un réel investissement humain. Léa pense que l'instinct compte énormément : l'utiliser lui permet d'être plus empathique.

Lorsque je me projette dans cette profession, je m'aperçois que la réflexivité est primordiale. Travailler avec des individus nécessite une remise en question constante et une adaptation permanente, il faut être disponible dans sa tête.

J'ai été surprise de leur réponse concernant l'institution, je pensais qu'ils allaient me dire qu'elle met un frein à cette relation humaine. La situation est loin d'être idéale. Parfois ils se sentent mal menés, non écoutés, pas assez nombreux...

Néanmoins, le cadre institutionnel, et notamment l'équipe peut aider à la bonne pratique du soin. Si un patient nous renvoie quelque chose de négatif, on passe le relais, si un soin pose question on peut réfléchir en équipe. L'équipe, si elle est soudée et harmonieuse, peut contribuer au bien-être et aux conditions de travail optimales. Cette ambiance pourra concourir à la prise en charge optimale des malades. Néanmoins, c'est à double tranchant : dans mes situations

l'équipe a permis de maintenir immobile les patientes lors du soin : les collègues sont venus en renfort, il fallait réaliser le soin, « coûte que coûte », dans ces situations, l'équipe est même dangereuse, puisque la force a été utilisée pour le soin.

C'est donc la notion d'équipe dans le travail qui serait à étudier. Lors de mes différents stages, là où j'ai recensé le moins de violence, c'est lorsque l'équipe avait une cohésion et où l'ambiance était satisfaisante. Il me semble avoir remarqué une corrélation entre le traitement des patients et l'ambiance du service.

7 Question de recherche

À la suite de cette analyse je me demande :

En quoi faire équipe est bénéfique pour le soin ?

Conclusion

C'est donc sur cette question de recherche que s'achève ce mémoire. Ce travail m'a permis d'approfondir des thèmes qui me tenaient à cœur dans la relation soignant-soigné. En effet, en tant que future professionnelle, dès le début de ma formation, j'ai été heurté par des situations de soins. Les relations soignants-soignés sont très complexes et il a été intéressant de s'y intéresser.

Ce mémoire m'a permis de ne pas juger, mais plutôt d'enrichir mes connaissances sur la façon de prendre soin de l'autre. C'est, à mon avis les prémices d'un questionnement professionnel qui ne cessera jamais au cours de ma future carrière : réfléchir et remettre sans cesse en question mes pratiques.

Bibliographie

- Addi, L. (2001). Violence symbolique et statut du politique dans l'œuvre de Pierre Bourdieu. *Revue française de science politique*, 51, 949-963.
- Caillol, M. (2019). L'objectivation nécessaire dans la pratique soignante. *érès éditions*, p. 133 à 142.
- Ciccone, A. (2014). *La violence dans le soin*. Paris: Dunod.
- Cyrulnik, B. (2023). *Quarante voleurs en carence affective*. Paris: Odile Jacob.
- Dubas, F. (2012). *La médecine et la question du sujet - enjeux éthiques et économiques*. Paris: Les Belles Lettres.
- Dubas, F. (2012). *La médecine et la question du sujet - Enjeux éthiques et économiques*. Paris: Les Belles Lettres.
- Fontaine, M. (2006). Soigner, un acte qui implique au-delà du soin? *Revue internationale de soins palliatifs*, 155-159.
- Malherbe, J.-F. (2003). *Les ruses de la violence dans les arts du soin Essais d'éthique critique II*. Montréal: Liber.
- Marin, C. (2013). *L'homme sans fièvre*. Paris: Armand Colin.
- Marin, C., & Worms, F. (2015). *A quel soin se fier? Conversation avec Winnicott*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Mino, J.-C. (2015). Cure et Care, indissociablement. *Presses universitaires de France*, p. 71 à 79. Récupéré sur Cairn.info.
- Pirard, V. (2006). Qu'est-ce qu'un soin? *Cairn.info*, 80-94.
- Robert, L. (2024, Avril 25). *dictionnaire.lerobert.com*.
- Svandra, P. (2011). Le soin sous tension? *Recherche en soins infirmiers*, 23-37.
- Svandra, P. (2016). Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur. *Cairn.info*, 19-27.
- Verspieren, P., & Richard, M.-S. (2011). *Violence da la maladie Violence dans le soin*. Paris: Médiasèvres.

Annexes

Table des annexes

Annexe n°1 : Lettres de demande d'enquête	I
Annexe n°2 : Autorisations d'enquête.....	III
Annexe n°3 : Grille d'entretien	IV
Annexe n°4 : Retranscription des entretiens	V
Retranscription de l'entretien avec Daphné.....	V
Retranscription de l'entretien avec Léa	XV
Retranscription de l'entretien avec Charles.....	XX
Retranscription de l'entretien avec Nadine	XXVI
Annexe n°5 : Autorisation de diffusion du travail de fin d'études.....	XXXV

Annexe n°1 : Lettres de demande d'enquête



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Cécile Vandekerckhove

166, chemin Tépu

84250 Le Thor

Tél : 06.61.26.36.99

Mail : cearnoldus@gmail.com

Madame la directrice des soins

Monsieur le directeur des soins

Avignon, le 15/02/2024

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans l'un de vos services, auprès d'infirmiers diplômés, quelle que soit leur expérience.

Dans le cadre de mon travail de fin d'étude, je m'interroge sur la complexité de la relation soignant-soigné. Lors de mes stages, j'ai remarqué que le soin pouvait contenir un degré de violence. Ce degré de violence peut être inhérent au soin, et quelque fois peut être évité. Sans remettre en compte la volonté de bien faire des soignants, je souhaiterai m'intéresser à l'impact de ce degré de violence dans la pratique du soin.

La violence peut revêtir plusieurs aspects : physique, psychologie, invisible, banal, ordinaire ou encore organisationnel...

Mon enquête exploratoire s'appuiera sur la question suivante :

En quoi la violence est-elle constitutive du soin ?

Afin de travailler cette question, je souhaite rencontrer des infirmiers diplômés d'état dans différents domaines du soin.

Concernant la sollicitation que je vous adresse, j'aimerais pouvoir m'entretenir avec

- Un ou une infirmier(e) d'un accueil crise fermé.

Ma demande est également envoyée dans d'autres établissements, afin de m'entretenir avec:

- Un ou une infirmier(e) d'un service de réanimation
- Un ou une infirmier(e) d'un service de médecine
- Un ou une infirmier(e) d'un EHPAD

Je souhaite réaliser un entretien semi directif sur ce sujet.

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon directeur de Mémoire :

- Dans un premier temps, pouvez-vous vous présenter professionnellement ?
- Pouvez-vous me parler de votre pratique quotidienne du soin ? Comment la qualifieriez-vous ?
- Peut-être avez-vous vécu des situations de désaccord avec vous-même ? pouvez-vous m'en relater une ?
- On peut admettre qu'il existe un certain degré de violence dans le soin, pouvez-vous m'exposer votre point de vue sur cette question ? En vous appuyant sur des exemples vécus ? Etant confronté à ces situations, quel a été votre ressenti ? votre réaction ?

Je me permettrais de rebondir sur les propos qui m'aideront à saisir les points clés de mon questionnement.

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, madame, monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Cécile Vandkerckhove

Annexe n°2 : Autorisations d'enquête

14/05/2024 14:44

Gmail - Re: Demande d'entretiens dans le cadre du travail de fin d'étude



Cécile ARN <cearnoldus@gmail.com>

Re: Demande d'entretiens dans le cadre du travail de fin d'étude

1 message

Cécile ARN <cearnoldus@gmail.com>

20 février 2024 à 16:26

À : Delahaie Marie <Marie.Delahaie@ch-montfavet.fr>

Bonjour, et merci beaucoup pour votre réactivité ! Je prends rdv rapidement !
Cécile Vandekerckhove

Le mar. 20 févr. 2024, 15:50, [REDACTED] rit :

Bonjour Madame Vandekerckhove,

Vous êtes autorisée à faire des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'année au sein du Centre Hospitalier de Montfavet.

Vous pouvez contacter Monsieur [REDACTED] unité accueil crise fermée
temps plein basée sur Carpentras) au 04.90.03.97.22.

Cordialement,

Annexe n°3 : Grille d'entretien

Dans un premier temps, pouvez-vous vous présenter professionnellement ?

Pouvez-vous me parler de votre pratique quotidienne du soin ? Comment la qualifieriez-vous ?

Peut-être avez-vous vécu des situations de désaccord avec vous-même ? pouvez-vous m'en relater une ?

On peut admettre qu'il existe un certain degré de violence dans le soin, pouvez-vous m'exposer votre point de vue sur cette question ? En vous appuyant sur des exemples vécus ? Etant confronté à ces situations, quel a été votre ressenti ? votre réaction ?

Annexe n°4 : Retranscription des entretiens

Retranscription de l'entretien avec Daphné

- 1 Cécile : Voilà alors bonjour! Est-ce que tu es d'accord pour que je t'enregistre ?
- 2 Daphné : oui
- 3 Cécile : d'accord alors est-ce que tu peux te présenter
- 4 Daphné : alors je suis, euh, donc je m'appelle Daphné. Je suis infirmière depuis 2009 euh.... J'ai
5 exercé dans différents domaines.euh, J'étais sur Montpellier avant donc je travaillais dans une
6 clinique et j'ai été dans différents services. :euh, les urgences, la chirurgie générale, un petit peu
7 de soins intensifs, mais pas beaucoup, et principalement l'activité qui a le fait le plus..., où j'ai
8 consacré le plus de temps, c'était en médecine, médecine interne où il y avait..... (silence) pré-
9 férentiellement des personnes âgées mais, pas que.... Après j'ai fait un diplôme universitaire
10 d'hygiène. Euh...et en 2016, donc j'ai fait entre 2015 et 2016 donc en travaillant en même temps,
11 en simultanée et, en 2016 j'ai été infirmière hygiéniste jusqu'en 2019.....ouais 2020 dans la
12 même clinique. Après j'ai intégré, je voulais retrouver les soins...donc j'ai intégré.euh....en
13 déménagement dans le Vaucluse un poste mixte entre infirmière en EHPAD, donc pas dans cet
14 Ehpad là, et l'autre moitié du temps je faisais partie de l'équipe mobile hygiène du centre hos-
15 pitalier.
- 16 Cécile : d'accord
- 17 Daphné : voilà, donc je faisais les deux activités, ce qui est pas facile de synchroniser les deux,
18 et après j'ai privilégié que l'hygiène. Pour des raisons d'organisation et autre, parce que j'ai aussi
19 des enfants, et euh..... Et puis après le soin m'a manqué, donc, euh.... je connaissais cet EHPAD
20 via tous mes réseaux et j'ai choisi de venir dans cet EHPAD parce que je voulais euh . Je con-
21 naissais...euh La cadre, le directeur le médecin Co, la prise en charge elle me semblait me
22 correspondre. J'y suis depuis un an et demi
- 23 Cécile : d'accord.
- 24 Daphné : Voilà
- 25 Cécile : et ça te convient ? comme poste ?
- 26 Daphné : oui,
- 27 Cécile : Tu te sens épanouie dans ce que tu fais ?
- 28 Daphné : oui, je me sens bien, il y a des hauts et des bas, comme dans...partout. Il y a une
29 certaine routine, il y a des choses mais il y a toujours des beaux projets et ça me motive. Cécile
30 : d'accord,ok,
- 31 Daphné : voilà
- 32 Cécile : Comment tu te définis? Sur un plan émotionnel en fait ? comment tu, et du coup quelles
33 conséquences ça a sur tes soins?

34 Daphné : Quand je travaille ? en tant que individu ? moi personnellement ou en tant que pro-
 35 fessionnelle ?

36 Cécile : les deux

37 Daphné : les deux ouais mais...

38 Cécile : oui.

39 Daphné : Je pense que être quelqu'un d'assez sensible. Euh, dans le sens où je peux pleurer
 40 facilement si euh.... en regardant un film, ou quand dans ma vie il y a des choses qui se passent,
 41 je sais pas, j'ai pas de peine à faire...euh a lâcher les émotions, on va dire ça comme ça. Après
 42 professionnellement il y a plus de retenue parce que on vit des choses, Parfois, euh.... Comment
 43 décrire ça? On vit des choses qui peuvent être euh....Grave ou pas mais euh.... bon moi je le
 44 vis comme... avec une certaine distance. J'ai comme une certaine barrière qui se met parce que
 45 c'est pas ...ça m'affecte pas personnellement, mais après je pense être quelqu'un d'assez sensible
 46 aux émotions, euh....plutôt humaine? Voilà après je n'ai pas forcément de colère...ça peut
 47 m'arriver, euh que on ait des fluctuations dans la....en tant qu'individu personnellement. Mais
 48 je...bon.... Professionnellement j'essaie que ça impacte pas mon état et ma qualité de prise en
 49 charge.

50 Cécile : D'accord

51 Daphné :voilà

52 Cécile :ok

53 Daphné : après je pense bien le faire mais après il se peut que non, je sais pas ! (rires)

54 Cécile : oui après....mmmm Alors, euh est-ce que tu peux me parler de ta pratique quotidienne
 55 du soin ? par exemple, comment se déroule une journée type?

56 Daphné : oui

57 Cécile :euh, Et puis, le cadre institutionnel enfin comment, enfin déjà une journée type !

58 Daphné : oui, une journée type, alors ici on a plusieurs organisations possibles mais on va on
 59 va dire que.... Parce que on est en décalé selon les horaires et autres mais en gros, l'infirmière
 60 qui commence va prendre....prendre...Avoir une petite réunion globale avec l'équipe de nuit et
 61 les aides-soignantes qui viennent prendre leur poste ,pour pouvoir faire les transmissions orales.
 62 Ensuite, bah... on va dérouler le ..la matinée qui consiste en gros à assurer les soins, les
 63 soins.qui ...les soins prioritaires, les diabétiques, les dextro, les glycémies...

64 Cécile : combien il y a de résidents ici ?

65 Daphné : ah, plus de 90

66 Cécile : d'accord ! et la prise en charge se fait par une seule infirmière ?

67 Daphné :On est deux, mais en fait, il y en a une qui commence à 6h45 qui termine à 16h45, et
 68 l'autre elle commence à 9h30, elle finit à 19h30.

69 Cécile : D'accord,

70 Daphné : il y a pas d'infirmière de nuit et on a un roulement où on est cinq infirmières sur le
71 roulement ce qui fait qu'on peut en avoir une qui est détachée...euh...

72 Cécile : oui

73 Daphnée : euh, La cinquième, entre guillemets, qui sert à faire un poste administratif en
74 journée, c'est-à-dire de 8h à 15h30 pour gérer les rendez-vous et autres. Mais c'est aussi cette
75 infirmière là qui bascule en soins quand on est en, en repos, ou en congé ou en maladie.
76 Donc ce poste il est ...il est pas toujours présent

77 Cécile : d'accord

78 Daphné : Il y est mais des fois....il est existant mais il est multitâche.

79 Cécile : Oui d'accord

80 Daphné : et on alterne toutes dans ce poste là, parce qu'il y a personne qui a voulu faire que de
81 l'administratif pur, donc dans l'année on a un roulement qui fait qu'on bascule, là par exemple
82 ce mois-ci c'est moi ce qui me permet d'avoir du temps pour me détacher pour le mémoire et
83 autres donc ça c'est plutôt bien. Ça permet, voilà de pouvoir accompagner les étudiants correc-
84 tement quand ils sont là.euh.... Voilà, d'avoir aussi toutes les tâches secondaires qui ne sont pas
85 de l'ordre du soin.... à l'instant T vis-à-vis du patient ou du résident mais, mais qui fait font
86 partie malgré tout du soin, l'accompagnement des étudiants se fait partie du soin et pourtant
87 c'est pas du soin....Voilà donc on a une organisation qui essaie, tant bien que mal quand on a
88 pas d'arrêt ou autre, de fonctionner ...

89 Cécile : d'accord

90 Daphné :et après, bah après le déroulé de la journée c'est, bah ça commence par transmis-
91 sions en gros soins, bah soins dextros, euh on va avoir des perfusions s'il y en a. On va avoir
92 des collyres on va avoir euh...les constantes et autres et puis gérer s'il y a eu dans la nuit des
93 problématiques. Envoyer les gens en rendez-vous s'ils ont des rendez-vous. À l'autre infirmière
94 arrive, il y a un moment d'un peu de transmission avec les médecins et l'autre infirmières, euh
95 il y en a une qui se détache pour les pansements et l'autre qui prépare tout ce qui est médica-
96 ments.

97 Cécile :D'accord

98 Daphné : à midi, il y a le tour, on le fait à deux, en commun. Et... après il y a une pause repas.
99 Ensuite là il y a un moment de transmission avec toutes les équipes. Et l'après-midi c'est là pour
100 faire les soins dont on n'aurait pas eu le temps de les faire ou finir sa préparation de médica-
101 ments. Ou encore enfin, faire les choses qui se rajoutent dans les rendez-vous et autres? Ensuite,
102 il y a l'autre infirmière qui s'en va, et l'infirmière du... qui est arrivé en second qui commence
103 à 9h30 elle, elle va aller faire son tour du soir. Qui correspond à faire le tour de tous l'établisse-
104 ment et donner médicaments aux résidents du qui mangent au rez-de-chaussée. Sinon c'est les
105 aides-soignantes qui le font.

106 Cécile : D'accord. Ok

107 Daphné : Voilà et donner les consignes pour la nuit.... s'il y a quelqu'un qui est un peu... En
108 état limite... comme il n'y a pas d'infirmiers, c'est vrai que quand on part on essaye que il y ait
109 pas de situation aiguë

110 Cécile : d'accord

111 Daphné : et ça arrive qu'il y ait des situations aiguës.

112 Cécile : oui

113 Daphné : Donc si on sait que il va falloir organiser le....quelque chose pour après qu'il faut que
114 le SAMU passe ou quoi, on donne des consignes très claires.

115 Cécile : D'accord

116 Daphné : que les aides soignants soient pas...après ils ont l'habitude d'appeler le 15 mais on sait
117 que ça peut être...euh Ils sont que deux la nuit. Donc voilà, oui ça peut, ça peut être anxiogène
118 s'il y a une situation aiguë à gérer donc on essaye de partir de la maison et que ça soit....Ça soit
119 calme donc au moins l'organisation permette que ça fonctionne.

120 Cécile : D'accord. Ok, voilà donc se répartir autant de résidents. à deux est-ce que c'est pas trop?
121 Est-ce que c'est pas trop?

122 Daphné : Oui, est-ce que il y a trop de patients, de résidents?

123 Daphné : Alors en fait ça dépend les objectifs ! Si on part sur du soin de base. Ça se gère! Si on
124 veut vraiment, euh,faire ce qu'on fait c'est-à-dire, rentrer dans une démarche de personna-
125 lisation des soins, euh d'accompagnement individualisé. Euh on n'est pas sur des tours de soins
126 même si on en fait on essaye que chacun ait sa prise en charge. Celui qui veut dormir, peut
127 dormir celui qui veut euh, se lever à 10h le matin et l'autre à côté se lever à 8h. Normalement il
128 peut.

129 Cécile : d'accord. Ah oui c'est rare

130 Daphné : oui, on fait en sorte que.... On est on fait en sorte que les activités qu'on propose soit
131 adapté, et ça soit pas tout le monde « gommelettes » aujourd'hui... non c'est ce qui aiment la
132 couture et il y a de la couture.... ce qui après.... c'est pas toujours organisable et organisé et
133 puis c'est pas parfait, mais, mais c'est un EHPAD qui tend à aller vers ça

134 Cécile : d'accord

135 Daphné : ...et surtout ce qui est très important c'est que c'est, ...(silence) c'est beaucoup si on
136 pense que tout seul on va réussir, on va faire les choses... Euh ce qui nous aide à faire les choses
137 bien c'est l'équipe. C'est de savoir qu'on a une équipe derrière et que l'infirmière elle va pou-
138 voir.... Quelque part mais, beh accepter de déléguer. ...A donc ça sous-entend qu'elle à con-
139 fiance. Donc ça veut dire des équipes stables, ça veut dire on a il y a des moments où on peut
140 pas, quand l'équipe est pas stable. C'est plus angoissant pour l'infirmière et c'est on se sent un
141 peu en échec. Ce qui peut arriver l'été. Quand il y a l'été ça arrive plus souvent entre les congés,
142 il suffit qu'il y ait des maladies et ça devient vite.....oui, une source de stress après si on voit
143 sur l'année, globalement je pense qu'ici les résidents, le travail qu'on est censé faire pour eux
144 même si c'est pas....c'est jamais parfait, je pense que on fait ce qu'on est censé faire. On essaye
145 de le faire au mieux. Mais pour ça c'est pas moi toute seule. C'est l'équipe!

146 Cécile : oui

147 Daphné : Et, euh.... Après il faut arriver à déléguer, tout en donnant... c'est ça qui est presque
148 plus dur pour moi à gérer, aujourd'hui. C'est pas à qui en ait trop de résidents, c'est comment

149 arriver à diriger autant de personnes dans l'équipe avec des personnalités différentes? C'est ça
 150 aujourd'hui qui me pose soucis, qui qui moi, me me questionne et me met peut-être plus en
 151 échec que d'autres

152 Cécile : d'accord.

153 Daphné : Après à moi toute seule je peux pas 90 non ! je suis obligé à un moment donné, je
 154 peux pour les soins infirmiers purs,

155 Cécile :oui

156 Daphné : mais tout mon soin du rôle propre, il est là. Il est existant dans ma tête même si je le
 157 fais pas et donc j'ai besoin d'avoir cette confiance donc euh....Je dirais que c'est dur si. l'équipe
 158 tient pas la route, si l'équipe tient la route c'est réalisable et tout va bien mais c'est une machine
 159 à mettre en place, et on est..., l'infirmière en Ehpad est centrale là dedans.

160 Cécile : Ah oui

161 Daphné : C'est à dire c'est elle qui va donner un peu... c'est un peu elle le chef d'orchestre. C'est
 162 elle qui donne la partition, qui dit qui, avec...., nous voilà, et après on a la chance ici...Moi je
 163 le vois comme ça, d'avoir une stabilité dans notre équipe infirmière et une vision commune de
 164 ce qu'on veut. Donc on ...on se coordonne assez bien pour donner les mêmes consignes aux
 165 aides-soignants, avoir la même vision. Et on a aussi tous les lundis on a un staff pluridiscipli-
 166 naire qui fait que...euh...on a la vision aussi des autres : du kiné...on a la vision des autres
 167 aides-soignants qui peuvent avoir une autre idée, du médecin CO

168 Cécile : d'accord

169 Daphné : on a aussi les médecins qui, qui j'en ai pas parlé mais qui sont quand même, assez
 170 présents, puisque du lundi au vendredi il y a toujours un médecin.

171 Cécile :D'accord.

172 Daphné : Et en fait les 90 résidents sont suivis par uniquement deux médecins

173 Cécile : d'accord

174 Daphné : donc on n'a pas des médecins, 18 médecins qui peuvent arriver à tout moment quand
 175 eux ils veulent et, qui veulent que l'infirmière soit disponible....Au moment où eux, ils ont
 176 décidé donc nous ça nous offre une stabilité. On sait que le médecin va être là si un problème
 177 aigu, qu'il va pouvoir nous le gérer, enfin gérer au mieux. Voilà donc je je.... Après je sais que
 178 c'est pas partout comme ça.

179 Cécile : Et oui, oui, justement, j'allais poser des questions sur le cadre institutionnel. Bon, j'ai
 180 l'impression qu'ici quand même, ça peut aider, justement.

181 Daphné : Ici, en comparaison, alors rien n'est parfait, on peut toujours dire,

182 Cécile : oui oui!

183 Daphné : J'aimerais que ça soit comme ça, ça ça peut, il y a des, ici il y a des dysfonctionnements
 184 il y en a et. Mais ce qui est bien c'est qu'on est dans une démarche ou tout dysfonctionnement
 185 on essaye de l'améliorer.

186 Cécile : Oui, oui

187 Daphné : on reste pas avec notre problématique et elle sera insolvable et on doit rester et en
 188 gros vivre avec non on a cette marge de manœuvre ou la direction est accessible. Si on a un
 189 problématique, on peut lui parler le médecin, les médecins, le médecin co est là et l'autre le
 190 médecin traitant aussi est présent, enfin, on reste pas isolé dans notre....on n'est pas isolé en fait

191 Cécile : d'accord, bah c'est plutôt idéal en fait, non mais c'est vrai...c'est important de pouvoir
 192 se baser au moins sur l'équipe, oui c'est sûr !

193 Daphné : et puis on s'entend bien, donc ça met aussi une bonne ambiance. Et...

194 Cécile : Ben j'imagine que du coup, ça favorise une prise en soin, quand même plus sereine.
 195 Daphné : Ben nous on n'est pas en pensée à notre propre, nos propres conditions on est, on est
 196 disponible.

197 Cécile : Ouais c'est super important!

198 Daphné : Voilà on n'est pas en train de se dire mince le planning il change j'avais pas prévu ça
 199 demain j'aurai mes enfants ou bah c'est ça paraît bête mais ça existe dans d'autres endroits et ici
 200 il y a une stabilité qui permet finalement de se décharger de ça pour être disponible pour le
 201 résident.

202 Cécile : D'accord. Bravo c'est bien ! quelque chose de positif...(sourires) Du coup, oui, là moi
 203 je te demandais aussi quelle est ta représentation d'un soin idéal? Finalement c'est un peu ce
 204 que tu viens de me dire, quoi....

205 Daphné : oui, ce que j'expliquais, oui, pour moi, l'idéal n'existe pas, après le soin, c'est ce qui.
 206 pour moi répond... c'est répondre aux besoins du résident. Quand j'ai répondu à ses besoins qui
 207 soient exprimés ou non...

208 Cécile : oui

209 Daphné : Et que il y a du confort, il y a pas de douleur, on est dans du maintien d'autonomie ou
 210 de l'accompagnement vers d'autres choses moins sympathiques mais comme l'accompagnement
 211 de fin de vie et autres. Mais qu'on essaye de personnaliser le soin que chaque individu soit un
 212 individu et, pas juste les personnes âgées de l'EHPAD des Non ! c'est...

213 Cécile : oui

214 Daphnée : monsieur et madame. Et on essaye. Après c'est pas évident, on dérive toujours parce
 215 qu'on pense collectif, donc à un moment donné c'est sûr , mais d'individualiser la prise en charge
 216 enfin la prise en soin, pour moi c'est ça le soins idéal.

217 Cécile : D'accord donc plus le « Care » le « cure » ?

218 Daphnée : oui la technique et autres si c'est pas que j'ai fait mon deuil mais ...j'aime ça....

219 J'ai, je je je peux me régaler quand des choses bêtes mais la dernière fois il y avait des hémocultures. J'en ai fait. Bon c'est pas un soin transcendant un autre infirmière dirait elle en fait tous les jours. Ayant connu par mon expérience d'autres soins plus techniques, bon j'étais pas en réanimation non plus mais...euh....

223 Cécile : Oui

224 Daphnée : Soigner c'est pas la technique en soi, pour moi la technique c'est, c'est bien mais c'est
 225 un moyen de rentrer en soi c'est pas ... voilà après ça peut manquer un peu mais c'est plus dans
 226 le sens où on a peur de perdre notre technicité, notre dextérité. Mais c'est pas là dedans que je
 227 m'épanouie forcément. Donc enfin je ne me sens pas moins infirmière parce que je travaille pas
 228 dans un service de haute technicité... je pense que j'ai eu ma place en tant qu'infirmière il y a
 229 différents domaines, et il y avait des infirmières en santé publique, elles ont leur domaine, il y
 230 a des infirmières, elles ont leur expertise, leur expérience et sont pas pour autant moins soi-
 231 gnantes que d'autres.

232 Cécile Et oui.

233 Daphnée : Donc je le vois comme ça,

234 Cécile : d'accord (rires) Est-ce que tu as déjà été confronté à un refus de soin? Et comment tu
 235 gères ça en fait ?

236 Daphnée : oui, oui... bon.... C'est bon. Est-ce que j'ai déjà oui des refus de soins? Oui c'est quo-
 237 tidien comment je le gère? Bah, Déjà j'accepte le refus. Dans le sens où je l'entends. À mon
 238 niveau j'essaye de voir si le soin il est transférable. C'est, est-ce que c'est vraiment nécessaire là
 239 maintenant de suite, est-ce que c'est un refus parce que c'est pas le bon moment. Est-ce que...
 240 j'essaie de comprendre la raison du refus et de de de, après de classer c'est à dire est-ce que c'est
 241 un soin vraiment prioritaire ou la sécurité de la personne, elle est mise en danger ou pas?
 242 Euh... Il y a une question de voilà ... euh... de priorisation dans le sens est-ce qu'il y a une gra-
 243 vité, si le soin n'est pas fait ? Si il y a une gravité, je vais tout faire pour que le soin soit accepté
 244 et s'il peut pas être accepté, malheureusement, bah, il faudra trouver une solution qui soit ac-
 245 compagnée par un médecin, soit ça peut être. Soit parce que il faut introduire une molécule pour
 246 que la personne accepte ou au contraire il faut contentionner il faut... enfin faut c'est souvent
 247 des décisions mais c'est rarement seule.

248 Cécile : oui.

249 Daphnée : Ou si ça l'est c'est, c'est bien de tracé, bien encadré, enfin c'est pas ... c'est bien ex-
 250 pliqué aussi. Et après si le refus il est... euh, il met pas en danger un résident et que c'est quelque
 251 chose qui peut être fait plus tard au bon moment, ben je l'accepte, je l'accepte et on décale on
 252 organise on s'adapte.

253 Cécile : d'accord

254 Daphnée : On essaye, après il faut après il faut se méfier de la dérive, parce que il y a.... Dans
 255 le sens où par exemple, je prends l'exemple de quelqu'un qui veut pas se laver. Il refuse une
 256 fois. Heu... C'est pas dangereux à l'instant T, parce que l'État cutané est surveillé régulièrement
 257 que bon, il a le droit, il a pas envie, c'est pas le bon jour ou pas la bonne heure on décale on
 258 décale faut pas qu'au bout de ... ça m'est arrivé la semaine, il y a trois jours il y a ... la semaine
 259 dernière pendant trois jours une résidente voulait pas. C'est une résidente qui est là maintenant
 260 en insuffisance cardiaque sévère ce qui n'était pas le cas avant. Donc elle a une perte d'autono-
 261 mie ... mais elle a pas lâché ! Les aides-soignants n'ont pas réévalué le côté perte d'autonomie.
 262 Donc, quand elle refusait ils disaient, elle refuse, elle refuse. Et en fait je pense qu'après l'ex-
 263 pertise infirmière est là pour venir dire : bon il y a du refus, mais il y a aussi au niveau clinique
 264 une aggravation donc là il va falloir quand même, la stimuler à accepter ce soin, parce que sinon

265 elle peut se dégrader, faire des mycoses et autres... et là il va falloir un peu forcer. Mais après
 266 il y a une posture.

267 Et c'est pas s'opposer c'est avoir une posture pour que la personne accepte. Et, après c'est de
 268 l'ordre du jugement clinique, de comment on évalue comment on va faire accepter le soin. Mais
 269 bon c'est presque au quotidien après c'est pas des soins....Souvent c'est des petits soins chez
 270 nous ! mais enfin c'est pas...enfin voilà !

271 Cécile : oui, mais enfin, c'est vrai que la violence enfin perçue par le résident, en tout cas par le
 272 résident, elle peut même un silence, une parole déplacée quelques fois ça peut ça peut dégénérer.

273 Daphnée : oui, je pense qu'il faut l'entendre le refus et le refus ça peut être comme tu le dis, j'ai
 274 pas pensé à dire ça mais ça peut être aussi, juste là pour manifester une autre problématique

275 Cécile : oui.

276 Daphnée : Et ça il faut savoir aussi être attentif à ça. Est-ce que c'est un refus euh...On a une
 277 résidente là, qui a qui est assez jeune mais qui a une grosse insuffisance respiratoire qui qui
 278 a aussi toute une pathologie psychiatrique avec à base un peu d'hystérie. C'est pas classé comme
 279 tel, mais ça ressemble étroitement, de la dépression....bah, elle, elle refuse clairement pour
 280 manifester son mécontentement à quelque chose

281 Cécile : donc s'est s'exprimer.

282 Daphnée : c'est un moyen d'expression. Après la liberté individuelle, il faut l'entendre aussi

283 Cécile : Et oui. Et oui, est-ce que tu as déjà été dans des situations justement en désaccord avec
 284 toi-même? Peut-être au début de ta carrière plus au début?

285 Daphnée : euh ...j'avais fait mon mémoire sur les contentions justement.

286 Cécile : Ah oui !

287 Daphnée : justement ça m'avait interpellé donc on est dans quelque chose un peu similaire. Oui
 288 ça m'est arrivé, ça m'est arrivé. Là j'ai pas d'exemple précis. Qui me vient parce que....Parce
 289 que souvent c'était pas de mon propre chef donc je l'ai peut-être mis de côté....j'ai pas de...Pas
 290 de comment dire donc culpabilité absolue envers moi-même.

291 Cécile : oui oui...

292 Daphnée : Les contextes de soin parfois peuvent, peuvent...euh et, il y a des fois mais je le vois
 293 pas d'exemple, mais je pense qu'il y a des fois on fait les choses en équipe. On réfléchit à la
 294 place de la, de la personne qu'on soigne pas forcément du résident. Parce que c'est en équipe et
 295 on y va et en fait autant on n'a pas assez préparé la personne ou la personne est opposée à ça et
 296 ça ça peut être dérangeant.

297 Quand une personne âgée on, on veut la maintenir un petit peu en lui propose des médicaments,
 298 qu'elle veut plus qu'elle a refusé que, Voilà il y a des fois que c'est peut-être dérangeant qui ça
 299 confronte avec ses propres valeurs mais, c'est là où il faut savoir se poser réfléchir en équipe.

300 Cécile : oui

301 Daphnée : enfin, je pense, hein !

302 Cécile : non, mais c'est sur, oui, c'est sur, ça compte énormément je pense. Euh oui du coup tu
 303 n'as pas, ou alors peut-être au cours de même toi tu aurais été euh non pas actrice de d'une scène
 304 qui t'aurait...

305 Daphnée : Mais moi je pense que j'ai été violente. Ça m'est déjà arrivé de mettre un collyre à
 306 quelqu'un qui avait pas vraiment envie, de lui ouvrir un peu les yeux en force alors c'est pas
 307 pour être violente pour être violente, c'était pour faire le soin.

308 Cécile : Oui oui

309 Daphnée : Mais... Ça arrive. C'est pas... et peut-être que quand on est en fin de journée un peu
 310 plus pressé et tout ben, on prend moins de temps ou quand on a pas le temps cette notion de
 311 temps, je pense revient dans notre façon de prendre la posture et de prendre le temps d'expliquer,
 312 et je pense que ça m'est arrivé. C'est obligé de d'aller un peu plus vite pour une prise de sang et
 313 c'est la troisième fois que j'essaye de piquer. Bon je dis aller, je le fais vite voilà, et oui ça
 314 m'arrive et dire que ça m'est pas arrivé c'est mentir, je pense c'est se voiler la face.

315 Cécile : oui, d'accord, ben écoute, est-ce que j'ai d'autres questions? Ma dernière question,
 316 c'était on peut admettre qu'il existe un certain degré de violence dans le soin. Donc pouvez-vous
 317 m'exposer votre point de vue ? Et en vous appuyant sur des exemples vécus étant, confrontés à
 318 ces situations quel a été votre ressenti ? votre réaction ?... mais en fait je crois que tu as répondu
 319 déjà à mes questions en fait...

320 Daphnée : Voilà ça arrive quand voilà on après je pense qu'il faut rester ouvert à réfléchir à ce
 321 qu'on fait... Régulièrement, moi je m'arrête pas depuis que je suis infirmière. De... Comment
 322 dire?

323 Cécile : En fait, tu te remets en question ? de manière permanente ? non ?

324 Daphnée : régulièrement. Bah, c'est vrai que je faisais infirmière hygiéniste, j'avais des choses
 325 aussi très agréables dans., dans ce que je faisais j'ai changé parce que j'avais envie d'autre chose
 326 et j'ai laissé venir ses envies même si ça....c'est dérangeant de tout changer. C'est le changement
 327 ça fait peur mais, j'ai accueilli mes envies.

328 Cécile : Oui oui

329 Daphnée : Et si demain j'ai plus envie d'être ici je pense que j'essaierai de l'accueillir parce que
 330 sinon je vais à un moment donné., je vais forcément venir à contrecœur et le faire un peu moins
 331 bien, et J'espère pas, j'espère que non mais c'est pas évident. C'est un métier qui c'est un métier
 332 qui est difficile et je pense qu'il faut l'avoir en tête, et que il faut savoir s'écouter pour aussi
 333 soigner les gens.

334

335 Cécile : C'est chouette ouais, non mais c'est vrai, non mais c'est bien d'apprendre...

336 Daphnée : Je le vois comme ça. Après il faut pouvoir le faire. C'est pas évident quand on a sa
 337 propre vie, ses contraintes personnelles. On est voilà malheureusement on, malheureusement
 338 non ! Pour la vie professionnelle d'avoir une famille ça peut devenir contraignant parce que
 339 d'aller travailler le weekend d'avoir des horaires un peu atypiques Je pense qu'il faut faire le bon
 340 compromis oui mais c'est pas simple.

341 On a un métier compliqué mais qui est beau !

342 Cécile :c'est vrai ! Voilà. Bon bah super écoute je pense qu'on a fait le tour de la question. Merci
343 beaucoup!

Retranscription de l'entretien avec Léa

- 1 Cécile : Alors est ce que tu es d'accord pour que je t'enregistre ?
- 2 Léa : oui, je suis d'accord
- 3 Cécile : OK, alors on va commencer, donc dans un premier temps ce que tu peux te présenter
- 4 professionnellement ?
- 5 Léa : Euh....alors, je suis Léa, je suis infirmière depuis 2019 donc, j'ai entamé ma 5e année,euh,
- 6 je euh....j'ai travaillé uniquement en psychiatrie, j'ai commencé donc à....(silence).J'ai 26 ans
- 7 donc j'ai ...c'est.... en post bac. C'est pas une reconversion et donc en fait j'ai commencé par
- 8 les UMD pendant un an, sur une mission ARS donc je me suis occupée d'un patient durant les
- 9 6 premiers mois j'étais recrutée uniquement pour ce patient-là. Ensuite j'ai fait 6 mois en plus
- 10 aux UMD, ce qui a fait un an environ, un an ensuite en accueil crise fermée sur Avignon, 2 ans
- 11 d'urgence psychiatrique à .., et là ça va faire 9 mois, 10 mois que je suis arrivée sur un nouvel
- 12 avec crise fermée sur, cette fois-ci.
- 13
- 14 Cécile : D'accord donc en gros c'est toujours du soin sous contrainte ?
- 15 Léa : .. toujours !
- 16 Cécile : ok ! etdu coup comment est ta sensibilité ? enfin comment tu gères ? en fait ? Enfin
- 17 comment tu définirais ton profil émotionnel ? Parce que voilà, c'est compliqué au niveau des
- 18 patients !
- 19 Léa : Je suis quelqu'un de très sensible émotionnellement,Euh.... j'ai beaucoup appris aux ur-
- 20 gences, à repérer ce qui était de l'ordre de mes propres émotions donc de tout ce qui est trans-
- 21 férentiel, contre transférentiel, euh.... Et, aussi des émotions que je pouvais ressentir qui ne
- 22 m'appartenaient, pas et qui appartenaient au patient. Euh.... Notamment lors de de de de....pa-
- 23 tients qui évoquent leurs souffrances, leurs antécédents, les violences qu'ils ont pu vivre, entre
- 24 autre, et quand on nous les raconteEh Ben, on peut ressentir de la colère du patient, l'émotion
- 25 du patient ...donc, moi je suis-je suis une éponge, mais qui a appris quand même à ah...
- 26 différencier mes propres émotions de celles du patient. Et c'est ce qui me semble le plus impor-
- 27 tant. ...Mais pour moi la sensibilité c'est quelque chose de très important dans le soin.
- 28 Cécile : d'accord ! Et est-ce que tu estimes que ton poste actuel t'epa...t'épanouit ?
- 29 Léa : Euh, pffffffffffffffffffffffffffffffff.....alors professionnellement auprès des patients,
- 30 euh mon poste actuel je peux dire que ouiil ne m'épanouit alors pas à 100%.... parce que
- 31 j'ai beaucoup de frustrations sur les prises en charge, euh..... et sur le manque de temps le
- 32 manque de personnel, après, euh....euh, oui il m'épanouit auprès des patients, enfin je fais ce
- 33 que j'aime, c'est à dire travailler avec les patients sous contrainte, travailler l'alliance aux soins,
- 34 l'accompagnement dans les moments de crise jusqu'à la stabilisation, c'est vraiment quelque
- 35 chose que j'aime et , c'est d'ailleurs j'ai fait que des services comme ça ! Euh, après voilà, il y a
- 36 l'institution qui euh est beaucoup plus compliquée à gérer ce coup-ci, émotionnellement, pour
- 37 moi, par rapport à ce que..... les décisions qu'ils peuvent prendre.
- 38 Cécile : oui, justement, j'allais te parler, euh des axes d'amélioration que pourraient te
- 39 proposer l'institution !

40 Léa : L'écoute,

41 Cécile : et ouais !

42 Léa : juste l'écoute, et euh et si je pousse le bouchon un peu trop loin Maurice !! ce sera....

43 j'adore que tu puisses écrire ça dans ton mémoire !!! Ah euh de la de faire participer les équipes,

44 d'écouter les équipes mais au..... pas simplement les entendre, juste vraiment travailler en col-

45 laboration avec l'institution parce que ça n'est absolument pas le cas sur les projets institution-

46 nels de l'hôpital on est plus du tout inclus c'était le cas y a peut-être 20 ans...mais ça n'est plus

47 du tout le cas aujourd'hui.

48 Cécile : et ou, euh du coup dans ta pratique quotidienne. Comment tu qualifies ta prise en soin

49 ? comment par exemple, comment se déroule une journée est-ce que tu ressens une charge

50 mentale ? est-ce que tu..... De la fatigue ?

51 Léa : Je t'avoue que ça va vraiment fluctuer euh selon les jours, alors là si je prends sur les 6

52 dernières ...6 derniers mois, oui, c'est une énorme charge mentale avec toutes les informations

53 qu'on a.... enfin faut contextualiser qu'on a quand même 22 patients euh....en crise....euh fer-

54 mée sous contrainte, on est 4 agents, euh par amplitude, donc je te passe le nombre d'informa-

55 tions qu'on reçoit.... euh l'agressivité des patients, la souffrance des patients, euh ,parce qu'on

56 est en contact sans cesse en fait avec cette souffrance, après s'exprime de plein de façons dif-

57 férentes, euh et donc parfois, moi, je me sens, euh peiné, parce que j'arrive au bout de ma pa-

58 tience, et c'est à ce moment-là où, c'est le plus compliqué pour moi. Je suis obligée de de de de

59prendre un peu de recul sur les situations en disant, je passe le relais parce que je perds

60 patience alors que le patient exprime uniquement sa souffrance à sa manière

61 Cécile : et ouais.... D'accord euh..... justement est ce que tu as vécu des situations qui seraient

62 en désaccord avec toi-même, en fait ? que tu sois actrice ou pas en fait hein euh d'accord est-ce

63 que tu peux m'en relater une

64 Léa :Euh....., il y en a eu, il y en a eu.....euh....tu peux me répéter ta question ?

65 Cécile : Euh... est ce que tu as vécu des situations qui font que tu es en désaccord avec toi-

66 même ?

67 Léa : Alors OKeuh.....donc y en a une qui s'est produite c'était dans ma 2e année d'exer-

68 cice, euh....celle-là je l'explique souvent, aux étudiants d'ailleurs, euh....ça s'appelle euh...

69 moi c'est comme ça que je l'ai appelé, parce que j'ai beaucoup lu là-dessus, « la toute-puissance

70 de la blouse blanche ».... Donc, en fait je te pose le contexte, moi j'arrivais des UMD, qui est

71 une unité extrêmement cadrante, avec un cadre extrêmement rigide, qui n'est pas, absolument

72 pas transposable a un accueil crise fermé, euh....ce ne sont pas ...la même patientèle euh on

73 peut pas fonctionner comme aux UMD en accueil crise fermé. et donc moi j'arrivais,.... je

74 venais d'arriver en accueil crise , un patient est insultant au moment du repas, euh envers les

75 autres patients, ça devient compliqué ça monte, il est menaçant je lui demande de se lever et

76 d'aller dans sa chambre, je l'accompagne avec un collègue, je l'accompagne pas physiquement,

77 on ne se touche pas, mais je le fais reculer en avançant vers lui, donc il recule jusqu'à sa

78 chambre et il bloque à la porte d'entrée et là j'avais, tu pourras mettre un J majuscule, j'avais

79 décidé qu'il allait rentrer dans sa chambre parce qu'il avait dépassé les limites du respect, euh....

80 le patient refusait, a menacé de me tuer à plusieurs reprises, comme on était très proche, je

81 n'avais absolument pas gardé ma distance de sécurité, euh...pour moi j'avais.... c'est moi qui

82 allais avoir le dernier mot, parce que j'étais l'infirmière, et que lui il est le patient et que donc
83 je... je ...oui...hiérarchiquement je suis au-dessus, et c'est moi qui décide. Grosse connerie...
84 énorme connerie, euh,..... je me suis mise en danger, j'ai mis en danger l'intégralité de mon
85 équipe ainsi, qu'une partie des équipes autour, parce qu'on a déclenché le système de sécurité,
86 donc on s'est retrouvé à 15 face à cette situation, les collègues qui essayaient de me tirer pour
87 me faire reculer et moi qui ne bougeait pas, d'une part parce que très têtue et qui a l'ego, d'une
88 autre part parce que j'étais aussi très tétanisée ...par la peur, euh et donc enfin, finalement grâce
89 aux techniques oméga, une collègue a réussi à le faire défixer, et il lui a sauté dessus, et elle
90 était beaucoup plus loin, donc on a pu contenir physiquement le patient et le mettre dans sa
91 chambre....J'ai tout de suite compris,il m'a pas fallu une seconde pour comprendre que
92 j'avais fait une grosse boulette, et c'est pas du tout comme ça qu'on peut fonctionner avec les
93 patients et que j'avais dépassé une certaine limite, euh....il n'y a pas de hiérarchie, y a pas de
94 toute puissance et, je suis pas la patronne du patient loin de là.... et je ne serai jamais. On
95 travaille en collaboration, et à son rythme, et j'aurais pas dû utiliser ce genre de technique avec
96 ce patient ,et je suis allée en frontal et ça ne fonctionnait pas avec ce patient

97 Cécile : d'accord, OK, donc qu'est-ce que tu ferais aujourd'hui, maintenant que tu as cette ex-
98 périence ?

99 Léa : j'utiliserai des techniques, euh...que je ne connaissais pas , euh.....à ce moment-là, c'est
100 à dire que j'ai été formé à la formation oméga donc qui est une formation canadienne sur la
101 pacification

102 Cécile : d'accord j'allais te demander ce que c'était, justement, oui

103 Léa : ouais et la, le désamorçage de crise

104 Cécile : d'accord

105 Léa : en fait notamment en cas d'agressivité, et de menace hétéroagressive, tout ça... et donc
106 maintenant il y a des techniques, notamment la reformulation, toujours recentrée sur les émo-
107 tions, voilà, y aya ya beaucoup de techniques, c'est une formation qui se fait sur 4 jours euh,
108 euh qu'aujourd'hui j'utilise beaucoup plus spontanément, et puis parce que je suis beaucoup plus
109 à l'écoute du patient aujourd'hui, que du cadre. Le cadre institutionnel.

110 Cécile : oui

111 Léa : je suis plus à l'écoute du patient que du cadre alors qu'au début de ma carrière j'étais plus
112 à l'écoute du cadre que du patient, je crois.

113 Cécile : d'accord, bon en même temps ça peut se comprendre, vu le début

114 Léa : bah oui

115 Cécile : tes débuts de carrière forcément,

116 Léa : oui mon pré pro c'était fait en UMD également, donc j'ai appris une psychiatrie cadrante.

117 Cécile : et oui ! voilà !

118 Léa : voilà ! stricte, rigide !

119 Cécile : d'accord

120 Léa : oui

121 Cécile : ah oui ! (rires), d'accord et alors donc on peut admettre qu'il existe un certain degré de
 122 violence dans le soin, est ce que toi, enfin qu'est-ce que tu en penses ? de quel est ton point de
 123 vue là-dessus en fait ?

124 Léa : pffff.....heu, alors il y a des soins qui sont euh, alors, violents dans le sens de la douleur,
 125 mais que nécessairement on doit faire pour l'intégrité du patient, euh après en psychiatrie on
 126 peut parler d'autres violences aussi, on va parler de la violence physique, notamment, euh, en
 127 tout cas je peux aborder ce sujet-là, je vais plutôt me fixer là-dessus, sur l'agressivité des patients
 128 L'hétéroagressivité, à savoir que la violence ne doit jamais venir sans pouvoir le justifier cli-
 129 niquement. Quand, je parle de violence, je parle de contention physique

130 Cécile : d'accord

131 Léa : alors manuelle dans un premier temps, puis ensuite avec des entraves

132 Cécile : chimique ?

133 Léa : et puis chimique évidemment pour supporter la contention physique il faut essentiellement
 134 une contention chimique mais euh disons que je pense à une situation hier, euh... d'une patiente
 135 extrêmement angoissée et, euh, mais dans un état où vraiment là elle transpirait la souffrance
 136 et l'angoisse, elle ne savait ce qu'elle faisait, elle savait ce qu'elle devait faire, elle nous deman-
 137 dait d'aller en ISO, elle nous demandais de sortir, elle ne savais plus. C'était très compliqué, elle
 138 hurlait de douleur euh psychique, depuis trois jours et donc hier on a pris la décision deben
 139 de la contraindre et de la raccompagner en chambre, euh et donc de dedonc dans un premier
 140 temps on l'a porté, alors qu'elle n'avait pas de signes d'hétéro agressivité envers nous à propre-
 141 ment parler, mais elle a refusé de nous suivre, donc, nous on l'a porté jusqu'à sa chambre et
 142 ensuite on a négocié un traitement per os, elle ne l'a pas pris. On est allé loin dans la négociation,
 143 parce que c'est très important d'aller jusqu'au bout, euh et donc on a pas eu le choix, en tout cas
 144 elle nous a pas laissé le choix, elle a choisi entre le per os et une injection, et donc puisqu'elle
 145 n'a pas choisi le per os, c'est l'injection qui a été indiquée. Donc ça c'est très compliqué parce
 146 que on l'a on a isolé cette patiente il y avait tous ses bijoux tous ses biens c'était, provisoirement
 147 évidemment, le temps de... de... la... de l'isolement, et ça c'est très compliqué parce que fina-
 148 lement elle avait pas d'hétéro agressivité envers nous, euh et le soin devient violent sans qu'elle
 149 n'ait finalement déclenché cette violence, parce que il y a un patient qui va euh je sais pas moi
 150 en coller une un agent

151 Cécile : oui ça

152 Léa : ...bon là on va réagir presque en miroir, en fait ! alors, évidemment on va pas frapper le
 153 patientmais dans le sens où on va réagir immédiatement

154 Cécile : oui

155 Léa : dans, si tu nous suis, on va en chambre, tu nous suis pas, c'est nous qui allons te contenir
 156 physiquement et t'accompagner en chambre. La cette patiente, bah elle était pas agressive...
 157 physiquement

158 Cécile : et oui

159 Léa : elle était en souffrance et nous, justement c'est là où du coup on se dit , c'est pas maltraitant
 160 parce que ce qui serait maltraitant ce serait de la laisser dans l'état dans lequel elle est mainte-
 161 nant. Même si là là la c'est difficile, ça a été difficile on était quatre, ça a été difficile pour les 4
 162 agents de faire ça et de vivre cette situation

163 Cécile : j'ai bien aimé ta phrase « elle était en souffrance psychologique

164 Léa : hum...psychique

165 Cécile : psychique pardon, et en fait souvent il y a des scores de douleur mais c'est vrai que
 166 celui de la violence enfin, enfin de la comment dire..... de la souffrance psychique finalement
 167 voilà.....

168 Léa : ça s'évalue presque à l'appréciation des soignants, quoi....

169 Cécile : c'est ça qui est dingue

170 Léa : ouais et c'est là où on utilise à mon sens énormément notre instinct, il faut garder garder
 171 garder ça. Après bien sûr bien sûr il y a des signes cliniques.

172 Cécile : bien sur

173 Léa : L'angoisse il y a une ricochée de symptômes on connaît très bien cette patiente, elle est
 174 hospitalisée depuis dix ans, tu la connais aussi, euh,donc elle est.....il y a aussi ça !

175 Cécile : et oui

176 Léa :c'est c'est de l'instinct, en fait, c'est... puis là dans, dans son cas à elle, elle est elle est au
 177 domicile à l'hôpital

178 Cécile : et oui c'est son domicile

179 Léa : Euh, là.....elle avait finalement besoin de la mère entre guillemets pour la protéger et
 180 apaiser sa souffrance, la mère aujourd'hui, c'est la mère institutionnelle, c'est nous, on est les
 181 représentants de cette mère institutionnelle. On ne pouvait pas laisser cette patiente souffrir
 182 autant.

183 Cécile :et bah franchement, Ben je trouve que ton témoignage m'a vachement apporté tu vois
 184 c'est, c'est vraiment chouette je voilà je le voyais pas sous cet angle donc c'est super, hein
 185 attends bah écoute voilà j'arrête l'enregistrement.

Retranscription de l'entretien avec Charles

- 1 Cécile : Alors bonjour, est-ce que tu es d'accord pour que je t'enregistre ?
- 2 Charles : oui, bien sûr !
- 3 Cécile : Ok donc je vais commencer mes questions. Dans un premier temps, est-ce que tu peux
- 4 te présenter donc professionnellement?
- 5 Charles :Mais moi c'est Charles, infirmier depuis 5 ans
- 6 Cécile : oui !
- 7 Charles : J'ai fait 9 mois en clinique psychiatrique à SD
- 8 Cécile : d'accord
- 9 Charles : et 5 ans, ici au MS en accueil crise fermé...
- 10 Cécile : d'accord. Et du coup qu'est-ce qui t'a poussé à aller vers le soin sous contrainte?
- 11 Charles : Euh, mmm....Le fait d'être, de travailler avec des avec des personnes qui sont en crise
- 12 aiguë. Et euh, je pense que de par ma personnalité, euh Je pouvais avoir une utilité dans ces
- 13 soins là ...
- 14 Cécile : d'accord ! Parce que ces personnes qu'est-ce qu'elles représentent pour toi?
- 15 Enfin, comment tu gères justement avec ta propre sensibilité,ta façon de voir les choses, Com-
- 16 ment justement tu les vois en fait?
- 17
- 18 Charles : euh En fait globalement je pense être quelqu'un de patient et de calme
- 19 Cécile : oui
- 20 Charles : du coup, euh...du coup je pensais avoir ma place dans les crises aiguës, parce que
- 21 c'est des personnes qui sont désorientées qui sont agitées.,et avec lesquelles il faut se montrer
- 22 rassurant, être disponible,et à l'écoute. Et a SD, en soins libres dans un service plus,euh com-
- 23 ment dire? Je sais pas définir ça ! En fait à SD, la crise souvent pour les patients à la crise était
- 24 passée.
- 25 Cécile : Oui, d'accord.
- 26 Charles : Et...mmm
- 27 Cécile : c'est peut-être des personnes
- 28 Charles : j'avais fait le tour dans ce service là.
- 29 Cécile : Ouais d'accord? Ouais d'accord. OK
- 30 Charles : alors qu'en accueil crise on en apprend tous les jours !
- 31 Cécile : Ah oui! Ça c'est vrai! (rires) je veux bien te croire...
- 32 Charles : C'est plus enrichissant.

33 Cécile : Est-ce que du coup ton poste t'épanouie? Est-ce que tu es content de travailler ici?

34 Charles : Oui oui je me sens utile,

35 Cécile : ouais d'accord !

36 Charles : c'est vrai qu'on est assez polyvalent, on fait plein de choses, après c'est pas évident
37 tous les jours mais, mais c'est plaisant !

38 Cécile : d'accord. Et du coup comment tu peux? Tu peux dire que tu gères tes émotions, ta
39 fatigue, la charge mentale tout ça, comment tu ???

40 Charles : c'est qui est bien c'est qu'on travaille en équipe, donc du coup on peut déléguer.

41 Cécile : d'accord

42 Charles : on peut déléguer, euh...après à l'extérieur pour venir au travail en étant détendu et
43 plutôt serein il faut s'occuper il faut faire le vide.et....éviter? Éviter de? Que le travail prenne
44 trop de place à l'extérieur.

45 Cécile : D'accord OK?

46 Charles : je ne sais pas si je suis clair ?

47 Cécile : Ah oui, c'est parfait! Est-ce que tu te sens en accord avec les pratiques de l'institution?

48 Charles : euh, les pratiques.... ?

49 Cécile : Bah, ne serait-ce comme tu m'as parlé du travail en équipe, ça semble être une base
50 quand même, pour bien travailler, pour se sentir quand même pas seul, et mais aussi simplement
51 les orientations de santé publique, parce que je sais que la psychiatrie, la gérontologie, c'est
52 quand même les parents pauvres de la médecine ça rapporte pas grand chose c'est pas....

53 Charles : Ce qui est dommage en psychiatrie c'est que....en fait, il faut de la place, et ...mal-
54 heureusement il y a des patients qui, qui sortent, qui sont encore fragiles..

55 Cécile : D'accord oui.

56 Charles : Moi je le perçois comme ça, euh...parce que une pression des lits et il faut, il faut
57 faire au plus vite pour les médecins, moi je perçois comme ça dans certaines prises en charge...

58 Cécile : D'accord, mais justement est-ce que tu as déjà été en désaccord avec toi même dans
59 certaines prises en charge?

60 Charles : En désaccord avec moi-même ?

61 Cécile : oui, est-ce que il y a des choses qui t'ont mise mal à l'aise, que tu te dis mais j'aurais
62 jamais dû faire ça, ou comme ça. En tout cas enfin, même si tu as pas eu le choix, mais est-ce
63 que tu as une anecdote? Peut-être à me relater?

64 Charles : Euh non (long silence) Bah, si les contentions c'est jamais évident, bah de jeter un
65 patient de le contentionner...

66 Cécile : oui...

67 Charles : si ça peut mettre mal à l'aise...Après ça reste un soin mais c'est quand
68 même....mmm... Attacher quelqu'un et le mettre au sol c'est quand même c'est pas..., c'est
69 pas habituel c'est pas....

70 Cécile : Oui

71 Charles : je veux dire si....

72 Cécile : c'est même pas naturel ?

73 Charles : C'est pas naturel,

74 Cécile : et du coup comment tu gères ça, enfin tu savais que ça allait arriver ici.et ?

75 Charles : euh, Alors je pense que si je veux le faire tout seul euh j'aurais du mal à m'en remettre
76 ! Mais comme c'est fait en équipe.Dans le cadre de soin, bah ça reste cohérent.

77 Cécile : Ouais c'est vrai, d'accord, c'est une force finalement d'être en équipe ?

78 Charles : ouais, c'est l'équipe !

79 Cécile : D'accord OK. Est-ce que? Euh, Bon admettons voilà, de toute façon il y a un certain
80 degré de violence dans le soin et du coup, qu'est-ce que tu en penses toi de ça? Même dans le
81 somatique? Voilà qu'est-ce que quel est ton point de vue là dessus?

82 Parfois il y a pas l'accord du patient parfois ça fait mal et quelque part ça pas été géré peut-être
83 enfin tu vois il y a peut-être...

84 Charles : En psychiatrie, bah la violence elle est souvent liée....bah soit au manque de toxiques,
85 donc de fortes angoisses, soit à des fortes angoisses liées à la pathologie et euh... si la personne
86 elle en vient aux mains, c'est lié à cette angoisse là et pas c'est pas....On n'est pas visé en parti-
87 culier.

88 Cécile : Oui, d'accord.

89 Charles : je ne sais pas si je suis clair

90 Cécile : Oui oui, mais là tu parles de la violence de la part du patient mais est-ce que tu penses
91 qu'il arrive même quand même? si tu es pas auteur, acteur du truc mais ce que tu as déjà vu des
92 situations qui t'ont marqué ? Bah non en fait, le soignant il est allé peut-être loin et qu'il fallait
93 pas ou...enfin, voilà!

94 Charles : silence...Dans la, au moment de la contention, oui, c'est arrivé euh, Il y a eu des fois
95 où c'était musclé. C'est quand même une situation...On n'a pas fait d'arts martiaux, voilà, donc
96 pour maîtriser un patient dès fois c'est compliqué.

97 Cécile : Oui parce qu'en plus...

98 Charles : on est pas, et encore si on était des karatékas, ou si on faisait du Kravmaga avec une
99 clé de bras et c'est terminé !

100 Cécile : oui

101 Charles : c'est plus compliqué que ça des fois.

102 Cécile : Oui et puis surtout en tant que soignant. A priori tu es pas là pour faire ça en fait.

103 Charles : Et oui c'est ça. On est militaire des fois on dirait...mais bon c'est pour le soin !

104 Cécile : Voilà c'est pour le soin. D'accord donc dans l'intérêt d'un patient ?

105 Charles : Dans l'intérêt du patient parce que....souvent pas tout le temps mais souvent les pa-
106 tients nous remercient des soins malgré tout ça, il nous remercient des soins qu'on a apporté.

107 Cécile : Et ça du coup ça doit faire du bien aussi?

108 Charles : bon ce n'est pas...

109 Cécile : oui, tu attends peut-être pas après ça ?

110 Charles : ouais on attend pas des compliments ou des remerciements ou des ...mais c'est tou-
111 jours plaisant de savoir qu'on apporte quelque chose au patient.

112 Cécile : Oui oui tu as été utile en fait. D'accord. OK. Bon bah écoute!

113 Charles : je ne sais pas si je suis clair ?

114 Cécile : Ah oui complètement oui oui oui! Euh. J'avais parlé aussi de la formation, je trouve
115 que l'on nous enseigne de belles choses, qu'il faut être empathique et tout ça, finalement il y a
116 une certaine omérta sur la violence, on en parle pas vraiment, pourtant ça existe, comme je t'ai
117 dit tout à l'heure, même sur la pose d'un diagnostic le patient il se prend ça dans la tête, Voilà!
118 Et du coup est-ce que tu penses que la formation te donne des armes pour pour gérer ça en fait
119 oui?

120 Charles : Non, pour moi non !Euh, comment expliquer, en fait,si à l'IFSI ils nous apprennent.
121 à faire des analyses de pratique donc, il nous pousse à nous questionner au quotidien. Donc le
122 fait de... si on le fait tous les jours on a pas un comportement robotisé et on peut ...Être en
123 adéquation avec nos valeurs et essayer de répondre au mieux aux besoins du patient.

124 Tandis que si on se questionne pas sur la pratique on peut euh bah être maltraitant sans le vouloir
125 et puis bon dans la manière de parler au patient.sans...

126 Cécile : Oui sans même être que ce soit volontaire.

127 Charles :Voilà sans même crier mais euh par manque de parole ou je sais pas le patient il est
128 insistant, on lui tourne le dos? Ça peut être mal vécu de la part du patient.

129

130 Cécile :Ah oui bien sûr c'est sûr, c'est une forme de violence même si c'est ça paraît ordinaire
131 mais...

132 Charles : C'est vrai qu'il y a des choses qui nous paraissent ordinaires mais qui peuvent être...

133 Cécile : mal vécues

134 Charles : Pour ... après moi si il y a des patients qui vivent ça comme enfin la relation avec
135 le soignant comme la violence parce qu'ils sont persécutés.

136 Cécile : ah oui ! c'est vrai il y a aussi le côté de la pathologie ouais, et surtout qu'en étant
137 schizophrène souvent ils sont, euh dans le déni de leurs troubles en plus. Que pour leur faire
138 accepter un traitement. Ça doit pas toujours être évident ?

139 Charles : Ouais donc la relation elle est encore plus compliquée, euh la relation de soin est
 140 encore plus compliquée parce qu'il faut prendre en compte aussi ce côté., le côté de du patient
 141 interprétatif et Et voilà tu fais partie de la pathologie de la schizophrénie

142 Cécile : d'accord. Et du coup tu penses avoir les moyens? Enfin le temps je veux dire ne serait-
 143 ce que le temps. De te poser avec un patient et euh...

144 Charles : On a le temps, on a le temps mais souvent, les patients sont en demande quand ça
 145 bouge dans le service. Je ne sais pas si tu as remarqué ?

146 Cécile :Oui oui, oui

147 Charles : quand on est ...c'est calme ils viennent pas nous voir mais...

148 Cécile :c'est vrai.

149 Charles : mais quand on fait les changements de chambre, qu'on a plein de choses à faire, là ils
 150 nous sollicitent...

151 Cécile :C'est vrai on dirait que ça se communique un peu le...la tension un peu...

152 Charles : ouais on aurait le temps, mais souvent bah quand on est occupé, bah on nous sollicite
 153 et on diffère.

154 Cécile : D'accord c'est mieux que de ne pas du tout répondre, c'est différé déjà.

155 Charles : oui , oui

156 Cécile : D'accord. Bon ben écoute,

157 Charles : je ne sais pas si tu as perçu ça toi aussi en stage ?

158 Cécile : oui c'est vrai que ça. Oui j'ai remarqué quand la tension monte. Ça se sent en fait, dans
 159 le service. En fait, comme quoi les émotions communiquent vachement, en fait. c'est vrai que
 160 c'est assez incroyable ça ouais.

161 Cécile : Voilà et puis bah par rapport justement au côté somatique du soin. Est-ce que tu toi tu
 162 les mettrais en opposition le psy, la partie psychiatrie et la partie somatique ?

163 Charles : euh alors euh pour ce qui est oui, je l'ai met en opposition parce que pour les soins
 164 somatiques euh il y a pas d'obligation.

165 Cécile : d'accord ?

166 Charles : on oblige pas une personne à faire une prise de sang, on oblige pas une personne à
 167 euh à prendre en laxatif ou, si perfuser, on peu obligé ouais. Ouais pour les perfusions et les
 168 sondages naso-gastrique, on l'a déjà fait sous contrainte. C'est pareil ça peut paraître violent...

169 Cécile : et ouais, comment tu vis ça justement enfin....

170 Charles : Euh...En fait on a une, vis-à-vis de la société, on a une resp...et de la famille, euh on
 171 a une responsabilité euh de prendre en soin la personne soignée On se doit de le faire même si
 172 le patient n'est pas d'accord, C'est une personne qui a une capacité de discernement qui est
 173 abolie donc on doit par moment faire les choses à leur place...

174 Cécile : d'accord, c'est bien franchement. Ok bon ben écoute je pense que tu as répondu à toutes
175 mes questions. Je te remercie.

Retranscription de l'entretien avec Nadine

- 1 Cécile : Bonjour, dans un premier temps, me permets-tu d'enregistrer notre entretien ?
- 2 Nadine : Oui, bien sûr !
- 3 Nadine : Donc, infirmière libérale, diplômée depuis le 2000....3 décembre 2003, infirmière
4 libérale depuis 15 ans. Une activité professionnelle d'abord à l'hôpital ... hospitalière, pendant
5 8 ans, dans différents services, gastro, pneumo, les urgences, hémodialyse, le bloc.
- 6 Cécile : ok ! quel est ton profil émotionnel ?
- 7 Nadine : Comment je suis émotionnellement dans le soin ? Euh....Je pense être déjà... mon
8 état, je suis dans une. Il me semble établir une relation déjà de confiance, plutôt sereine et sûre
9 de moi. Émotionnellement, je peux varier, ça peut être...allant de la sérénité à un bien-être en
10 passant par des moments de tension. Tension parce que métier, stressant parce que, situation
11 polyvalente, parce que, parce que le contexte actuel de soins, parce que, parce que contexte de
12 certaines pathologies...bien sûr, situations de vie du patient qui peut, qui peuvent bah pas for-
13 cément faire écho, mais qui peuvent, ben poser des questions, mettre en question, se mobiliser,
14 ben toutes nos connaissances mais également nos émotions pour mettre en œuvre, bah le meil-
15 leur des soins pour le patient, c'est à dire le meilleur soin, c'est à dire ben un soin cohérent, un
16 soin adapté d'abord sur prescription, mais relationnellement parlant adapté, se mettre à...mais
17 je me sens de à la hauteur du patient enfin adapté à la situation du patient.
- 18 Cécile : pourquoi as-tu choisi le libéral ?
- 19 Nadine : Alors pourquoi j'ai choisi libéral alors ? En fait c'est pas vraiment un choix ! C'est à
20 dire qu'au départ, donc. Au départ, je, je, j'étais motivée surtout parce que j'avais une grossesse,
21 et que je pensais que la situation de libérale, en tout cas concernant les plannings et cetera, je
22 pouvais trouver la meilleure organisation possible pour ma fille. Et puis en fait, elle s'est révélée
23 une véritable, Ben passion. Une révélation. Enfin en tout cas, me sentir à ma place par rapport
24 à,aux expériences que j'avais déjà passées.
- 25 Cécile : D'accord ? Est-ce que ton poste t'épanouit ?
- 26 Nadine : Alors, il m'a épanouit ! mais il m'épanouit moins, voir plus vraiment (rires)
- 27 Cécile : D'accord ! pour quelle raison ?
- 28 Nadine : Euh, le contexte a changé ! déjà la la pénibilité du travail, bah à 45 ans on travaille
29 plus comme à 30, surtout dans le libéral, c'est un métier extrêmement physique, c'est un métier
30 ou on travaille en 14 ou 15 heures voir 16 heures par 24 heures...où on est sans cesse dans la
31 fonction, tout en étant indépendant, on peut pas vraiment faire de coupure, on est en repos, il y
32 a le téléphone, le secrétariat à gérer, on est en repos, il faut faire le ...il y a une charge adminis-
33 trative de plus en plus lourde, euh...il y a une considération des gens et de la population, il y a
34 une crise après covid qui est absolument présente sur le comportement des gens, il y a le con-
35 texte de moins de médecins, ou de médecins moins disponibles, il y a le contexte d'être seule
36 avec le patient en ville sans parfois un accès facile aux soins, donc c'est difficile, c'est un métier
37 qui est, comment dire, que je trouve plus stressant qu'avant, alors que j'ai plus d'expérience et
38 que je devrais être moins stressée.
- 39 Cécile : D'accord ! Les patients, euh combien tu peux être amené à en voir dans la journée ?

40 Nadine :

41 Alors nous, on parle de..enfin en nombre de patients, c'est compliqué. On parle souvent en
 42 nombre de passages sans déshumaniser et dénaturer le soin. On parle de passage parce que c'est
 43 un nombre de passages qui est prescrit et je peux effectuer entre on va dire 42 et 45 visites pour
 44 des petites journées. Jusqu'à 40, 55 et 60 visites par jour

45 Cécile : d'accord, et pour une seule personne sur une seule journée, est-ce que c'est gérable
 46 ?

47 Nadine : Euh... On finit toujours la journée, on sait pas quand est ce qu'on la termine, mais on
 48 finit toujours nos journées. C'est gérable parce qu'on a une grande capacité d'adaptation. Parce
 49 que avec cette expérience là, Ben....comment dire mobilise toujours une astuce, une organisa-
 50 tion de soins., On commence souvent extrêmement tôt, on travaille par secteur, on fait attention
 51 à nos kilomètres, on évite de faire des allers-retours, on réduit notre pause déjeuner, on finit
 52 beaucoup plus tard....donc oui c'est gérable, mais c'est gérable, mais c'est trop et trop. Cécile :
 53 Et du coup, est-ce que tu as peur parfois d'objectiver le patient, d'être plus dans le cure que dans
 54 le care en fait ?

55 Nadine : Hum. C'est vrai que c'est une réalité. Alors nous peut-être que C'est , alors peut-être
 56 que je me donne bonne conscience. J'espère que non. Mais sans me dédouaner, je me dis qu'en
 57 fait il faut faire un travail qui est... Si on prend en charge notre patient dans un soin global. Que
 58 le patient on établit un lien de confiance. Nous on suit des patients sur des ordonnances qui sont
 59 parfois très longues. Je suis des patients, j'ai des ordonnances qui sont renouvelées depuis 10
 60 ans, des ordonnances qui durent un an, qui ont été renouvelées déjà 10 fois. Donc il y a un lien
 61 de confiance, on connaît notre patient, c'est un patient chronique, quand on fait 3 passages par
 62 jour., pas pour gagner du temps, mais pour optimiser le temps au niveau du soin, si j'ai un
 63 patient, il y a une glycémie à faire et que je lui précise, « écoutez, je suis en retard »ou « je dois
 64 aller voir un patient qui a besoin de moi parce que c'est urgent, » je pense que je peux, je peux
 65 réaliser une glycémie rapidement parce que techniquement une glycémie ça prend quelques
 66 secondes et ensuite cibler et presser le patient avec politesse avec respect, en précisant à la
 67 personne Ben que je l'ai vu ce matin, qu'on se revoit ce soir et que là finalement on est dédié à
 68 ...en fait l'idée c'est d'avoir une glycémie donc bah tu fais ta glycémie capillaire du monde t'as
 69 le chiffre et après bah il faut... On n'est pas des sauvages quoi. On va respecter absolument le
 70 patient pendant le soin mais, en ciblant et en ayant une attitude adaptée à la situation, je pense
 71 que oui on peut être amené à à travailler rapidement, mais rendre le patient objet. Est-ce que
 72 travailler rapidement, c'est cibler, c'est rendre le patient ? Je ne pense pas. J'espère que non.
 73 J'espère que non. J'espère que non. Ouais.

74 Cécile : Et non, peut-être aussi dans le. Où tu tu connais bien le patient. Peut-être aussi que tu
 75 décèles aussi des choses quand elles vont pas, ça, ça permet...euh...

76 Nadine : Ah oui, enfin oui, on arrive à comment dire en observant la personne du fait de bien
 77 la connaître et de la côtoyer et de s'en occuper tout au long de l'année, effectivement, on déve-
 78 loppe un peu entre guillemets un 6ème sens quoi !

79 Cécile : D'accord, mais peut-être à condition de pas tomber dans une routine, peut-être ?

80 Nadine : Ah oui oui bah à condition de se remettre sans cesse en cause et et surtout être toujours
 81 dans ce respect-là de la personne et, Je sais pas, oui...ouais,... je peux ouais.

82 Cécile : Est ce que lors de tes expériences que ce soit en cabinet ou même à l'hôpital ou même
83 en tant qu'élève, tu as vécu des situations dans lesquelles c'était pas euh...en accord avec toi-
84 même ?

85 Nadine : Oui, je pense que...enfin du moins quand on est avec de l'humain, on peut être amené
86 à avancer ce genre de situation. Après bah l'exemple concret on en a déjà parlé. Exemple en
87 gériatrie, à l'hôpital il y a une quinzaine, plus que ça entre 15 et 18 ans, les patients, en fait,
88 systématiquement, sans vérifier et faire de surveillance des selles, ben systématiquement tous
89 les lundis par exemple, de telle telle chambre à telle chambre, chambre numéro une jusqu'à
90 chambre numéro 25, tous des Normacols !

91 Cécile : Ah oui quand même.

92 Nadine : Ah oui quand même !

93 Cécile : Ah bah c'est invasif, un peu violent même pour les intestins en fait, enfin, mais mais
94 surtout pour la personne, pour sa dignité enfin,

95 Nadine : mais c'est carrément pas, enfin il me semble ...que c'est pas... on peut pas sous prétexte
96 que la personne, enfin l'idée c'était la.. ; là, le motif c'était oui parce qu'on a des patients qui font
97 des fécalomes, donc c'est pour éviter de faire des fécalomes. Comme je disais, on peut très bien
98 adapter Ben l'alimentation, mobiliser le patient, le faire davantage, boire d'abord, essayer le
99 laxatif per os, favoriser je sais pas bon, une distribution à 04h00 de jus de pruneaux. Il y a plein
100 de choses à mettre en place sans utiliser un moyen radical, en fait.

101 Et là dans ce moment-là ouais je me suis pas sentie, il y avait une forme d'incohérence pour
102 moi, il se trouvait que ce côté radical me gênait, je comprenais pas pourquoi on pouvait pas se
103 poser plus de questions et la question c'était est-ce que c'est pas plus facile de faire un normacol
104 que de mettre en place plein d'actions pour éviter d'arriver au normacol? Quoi ?

105 Cécile : tu veux dire que finalement le métier d'infirmier, dans ce métier il faut vraiment réflé-
106 chir à ce qu'on fait ? Et avant d'agir finalement et qu'il suffit pas de...

107 Nadine : Bah, moi pour moi, enfin pour moi, j'ai l'impression de déjà, j'ai l'impression de jamais
108 arrêter de réfléchir. C'est aussi ça peut être fatigant. Je pense qu'on est tout le temps en train
109 de réfléchir, heureusement ! Bah d'ailleurs, on dit penser mais moi, pour moi c'est pas penser
110 PANSER du pansement c'est aussi penser et panser, penser du verbe enfin penser, réfléchir. On
111 est obligé de obligé de mentaliser ton soin. En tout cas si tu le fais pas on pourra toujours être
112 une bonne exécutante. On pourra toujours faire un soin technique ou une distribution de médi-
113 caments mais si on y met de l'humain et qu'on y met de la réflexion, ben on fait un cas dès, on
114 travaille au cas par cas finalement. Avec un soin qui est riche humainement, et cetera. Mais
115 bien sûr oui, heureusement. Après je je je je pense que ne pas réfléchir ça peut être un méca-
116 nisme de défense. Je pense que ne pas réfléchir, ça peut être un moyen de se préserver en tant
117 que soignant. Mais il me semble que si tu réfléchis pas, c'est extrêmement dangereux quoi. C'est
118 très très très dangereux pour le patient. C'est, on est obligé de mentaliser les choses. Et Ben
119 d'ailleurs quand on est étudiant, nous on disait tout le temps « faites des liens » on en a parlé
120 déjà pendant le stage, faire des liens, faites des liens, moi au départ je comprenais mal ça, je me
121 disais mais comment, qu'est-ce qu'ils nous demandent exactement, comment, qu'est-ce que «
122 faire un lien », enfin un lien de quoi ? En fait c'est avec toutes les connaissances que l'on possède
123 de partir d'une information donnée. Moi j'ai le symbole maintenant de l'entonnoir, je me suis

124 fait cette idée-là, tu sais t'as l'entonnoir en fait le petit et le grand côté, bah moi le petit côté je
125 l'en, je ne l'emploie jamais je, je le renverse, l'entonnoir, je prends le grand côté et en prenant
126 le grand côté c'est ma réflexion, au plus elle est large, au plus se réfléchit, au plus je mentalise
127 le soin. Au plus, je me mets à la portée du patient, au plus j'essaie de d'être dans une écoute
128 active, au plus je peux faire de lien dans une situation, au plus je mentalise le soin et au plus je
129 peux m'adapter aux soins et aux patients. En tout cas, c'est comme ça que je vis mon soin.
130 Quand je, tu vois, par exemple, quand, l'exemple de la jeune fille de 14 ans ? De façon très
131 technique, « impicable », réseau veineux précaire, on a pris le temps, on s'est dit « Bon Ben
132 tiens, ce soin ce cette prise de sang, elle va être compliquée, alors on tente une fois parce que
133 bah on avait pas le matériel », de toute façon on pouvait pas l'inventer !

134 Deux choses : je me suis dit, soit on reporte la prise de sang, soit on tente ! Sauf que y avait
135 aussi une histoire de lien de confiance : si on reportait la prise de sang, jusqu'à demain ça
136 voulait dire aussi reporter le problème, on l'avait pas réglé. Ensuite j'ai voulu tenter parce que
137 c'était important aussi de montrer également aux parents, parce que déjà on avait un jour de
138 retard à cause du jour férié. L'ordonnance en fait, précisait J5, cinquième jour sauf que le 5e
139 jour c'est tombé le dimanche, finalement le 6ème jour, le prescripteur, pour le coup il a pas
140 réfléchi ! Il a pas pensé, il a pas dit « tiens je demande un J5, ça va tomber sur le week-end »,
141 il a dit, en fait un protocole, surveillance de tel item biologique : J5, bah il a pas assez réfléchi,
142 il n'y a personne qui a dit, mais j5 ça tombe un dimanche ! En libéral, peut-être elles peuvent
143 pas ! finalement, en fait, manque de pot, jour de pique à J6, pas fait, Finalement, le lendemain
144 mardi, J7. Relève infirmière non fait, non précisé, moi j'avais, c'est moi j'avais planifié, mais
145 mes collègues qui se sont succédés entre le J1 et le J7, on n'a pas on n'a pas on en a pas rediscuté.
146 Finalement tu arrives auprès du patient parce que j'avais regardé l'ordonnance. Je vois J7 ! bon
147 bah le lendemain on s'organise, on le fait à J8 ! Trois jours de décalage quand même ça pose
148 question là ! Là tu te dis putain, là il faut se recentrer, c'est pas grave en soi mais il faut pas non
149 plus banaliser. C'est important de poser en question, dire qu'est-ce... Donc au vu de tous ces
150 paramètres là on tente. La situation de la jeune fille était compliquée parce qu'on n'arrivait pas
151 à prélever. On a trouvé une solution. On a différé ensuite la prise de sang. Adapter le matériel,
152 on n'avait pas de matériel parce que c'est de la pédiatrie donc souvent aller chercher un fournis-
153 seur simplement pour une aiguille adaptée pédiatrique c'est compliqué. Mais voilà solliciter le
154 labo. Le labo en fait, nous fournit heureusement ce genre de matériel et puis finalement prise
155 de sang réalisée et quand même assez facilement.

156 Simple bah c'est grâce aussi à toute cette réflexion et tous ces liens faits et à ce soin « pensé »
157 qu'on a abouti non seulement un soin réalisé techniquement mais quand même dans la dans les
158 meilleures conditions possibles avec le patient et même si la jeune fille a vécu sans doute un
159 moment stressant, il me semble qu'avec toutes les explications l'accompagnement tout ce qui
160 était mis en place pour autant la maman à côté la verbaliser quand même sa souffrance de ma-
161 man, elle a verbalisé qui était inquiète mais elle a dit : « super, tant mieux, ça y est ouf, c'est
162 fait !Voilà on va avoir le résultat biologique. » Voilà après le soin continu mais C'est grâce à
163 tout ce qu'on a mis en place qu'on a pu aboutir le soin autant dans la dimension technique que
164 émotionnelle physique et psychologique, tous les toutes, les tous, les domaines de la vie du
165 patient quoi?

166 Cécile : C'est intéressant ce que tu me dis notamment au niveau de l'esprit d'équipe finalement
167 parce que tu es en libéral et malgré tout j'ai l'impression qu'il faut une certaine quand même
168 cohésion avec ton équipe aussi pour pouvoir bien prendre soin un patient.

169 Nadine : Alors moi je pense que cette cohésion je l'ai appris à l'hôpital déjà oui parce que toutes
170 les infirmières libérales travaillent pas comme ça, il y a des infirmières libérales qui n'effectuent
171 pas de relève....

172 Cécile : Ah, bon ?

173 Nadine : Bah il y a des infirmières qui envoient des mails. Il y a des infirmières qui s'appellent
174 le soir. Il y a des infirmières qui font que le problème que le problème du jour, il y a des
175 infirmières qui ont un agenda électronique partagé, chaque en fait, infirmière et cabinet en fait
176 libéral s'organise comme ça. Enfin comme il veut comme ils veulent.

177 Mais moi j'ai opté pour la transmission en fait des soins infirmiers comme une relève comme à
178 l'hôpital. Donc déjà il y a des écrits, c'est hyper important. Ensuite on travaille quand même au
179 problème du jour, et ensuite on planifie les soins. Donc oui il faut une certaine cohésion
180 d'équipe. Il me semble que c'est essentiel pour pouvoir bien prendre en charge le patient, déjà,
181 alors la bonne entente si elle y est, c'est la cerise sur le gâteau ! C'est parfait, c'est idéal et c'est
182 je pense qu'on en optimise le soin.

183 Ensuite quand il y a des difficultés d'équipe, bon on est dans l'humain, il faut être vigilant à ce
184 que le conflit d'équipe, on en a parlé, n'influence pas la qualité des soins, et il me semble essentiel
185 mais ça c'est dans la vie en général et dans le soin c'est primordial. Ouais il faut mettre en
186 mot, parler se poser en question, ne pas hésiter à poser des questions et surtout le fait de faire
187 le suivi de patient quand il y a une continuité des soins. Dès fois dans la continuité des soins,
188 c'est formidable, en fait, on peut arriver à quelque chose de très très précis et parfois les infor-
189 mations se diluent et se perdent. Et si on n'est pas dans cette vigilance dans cette curiosité in-
190 tellectuelle quand on n'est pas dans ce dans cette ce souci permanent de se centrer et surtout
191 même pas se centrer, pas que soi-même centrer le patient au cœur du soin, là à ce moment là, il
192 y a un risque en fait que l'information soit ou diluée ou oubliée mais parce qu'en fait on est dans
193 de l'humain, et que nous aussi on est humaines et que même si on mobilise tout le temps, toutes
194 nos connaissances ou notre force toute notre motivations, malgré la fatigue etc on soigne un
195 humain. On soigne pas des boîtes de conserve et forcément, bah à un moment donné on peut
196 être faillible, on n'est pas infallible ! Mais si on fait de notre mieux, et si on a les bons outils et
197 une bonne méthodologie de travail, je suis convaincue en fait que on doit avoir une méthodo-
198 logie de travail je suis convaincue que on doit avoir une méthode de travail, sans qu'elle soit
199 rigide mais un travail organisé, un travail planifié sans être aussi une routine mais un cadre
200 comme on dit souvent en psy, mais qui est pas rigide qui est bien posé qui est évalué qui est
201 remi en cause parfois, parce que parfois par exemple nous on fait une relève parfois, ça peut
202 être WhatsApp, ça peut être télégram. On s'adapte sur notamment la protection des données des
203 patients. Euh bah qui peut aller sur le groupe ? Protéger la confidentialité de nos patients. Don-
204 ner les bonnes informations. Les heures de relève.... et en fait on s'est adapté, et des fois on
205 avait des façons de faire , on disait, non mais c'est pas bon, par exemple la relève trop tardive.
206 Ah c'est trop tard à 22h ou à 23h. On se lève à 4h du matin, on peut pas faire une relève aussi
207 tard, c'est tout bête mais on s'est dit dans notre méthode de travail la relève si possible entre 20h
208 et 21h quand on a terminé si on n'a pas tout terminé on se pose cinq minutes et sinon bah par
209 respect tu demandes ta collègue, par respect, « Voilà. Est-ce que ça te dérange? Je te fais la
210 relève un petit peu plus tard ? Parce que j'ai besoin de me poser, et j'ai besoin de façon métho-
211 dique de poser les choses pour qu'elle ait toutes les informations de la relève. Donc je suis
212 convaincue qu'en fait il y a ce cadre sans qu'il soit « rigide » sans qu'il soit, je sais pas comment
213 expliquer « fermé » en travaillant en réfléchissant et en se remettant en cause et en travaillant,

214 en communiquant avec notre équipe, on arrive quand même à faire, à être dans une certaine
215 cohésion de soins et cohérence de soin.

216 Cécile : D'accord. On peut, peut-être, admettre qu'il existe une violence dans le soin, dans le
217 monde du soin. En fait, quel est ton point de vue là dessus?

218 Nadine : Déjà dans le média on entend on ne serait-ce qu'en EHPAD, etc. Je pense que la vio-
219 lence dans le soin, elle a été mis en lumière entre les différents tûlés. C'est inacceptable.

220 Comment accepter quelque chose d'inacceptable ? Déjà la violence c'est un grand grand sujet
221 pareil humain. On peut la rencontrer dans toutes les classes sociales dans toutes les professions
222 dans tous les domaines de la vie de n'importe quel usager peut connaître la violence ou même
223 peut-être pratiquer la violence. La violence, euh, moi je pense que c'est une déviance pour moi
224 en fait..... Il y a des situations de soins qui peuvent être une porte ouverte à la violence.

225 Cécile : D'accord. Par exemple moi de ce que je pense avoir vu souvent c'est lorsque les gens
226 sont vulnérables. Mais est-ce qu'il y aurait pas un problème justement. Quand même, dans le
227 soin ? Enfin la personne qui prend soin....

228 Nadine : alors, déjà, ce que tu me dis, là, ça m'évoque une chose déjà. Ça m'évoque c'est que
229 souvent on est dans un soin verticale, je sais pas si tu as remarqué ça ? Par exemple, le médecin,
230 il y a le médecin même , il y a le médecin, l'infirmière, l'aide-soignante, l'ASH, tu vois c'est
231 vertical. Et en fait même le patient qui est soigné ça peut être vertical déjà d'être vigilant à ça.

232 Alors oui c'est normal qu'on me tienne chacun notre position de nos statuts sans en fait la toute
233 puissance. En fait c'est ça la difficulté. Je trouve dans la difficulté, enfin pour moi pour moi
234 c'est pas difficile, mais si par exemple tu es déviant, donc il y a une faille quelque part ou un
235 mauvais comportement ou une souffrance en tant que soignant, et qu'a ce moment là tu arrêtes
236 de réfléchir, tu arrêtes de mentaliser les choses, tu n'es pas aidé, il y a la fatigue des événements
237 de vie, etc. Autant je peux dire que la folie, c'est la porte ouverte, toute personne peut être
238 concernée, autant la violence, j'ai l'impression que non parce que la violence moi, je l'associe
239 aussi à un paramètre comme la méchanceté, la perversion euh, une faille quoi quelque chose
240 qui est créé en la personne qui fait que en fait, elle exerce une violence. Le statut, un médecin
241 peut abuser de sa fonction mais, comme une infirmière peut abuser de sa fonction. Oui la per-
242 sonne en fait elle est vulnérable puisqu'elle a des problèmes de santé. Il me semble que, com-
243 ment dire? Oui quelqu'un qui est vulnérable peut, peut être plus être, malheureusement, sujet a
244 de la violence. Mais. Je pense que c'est plus profond que ça encore.

245 Cécile : D'accord.

246 Nadine :Je pense que, parce qu'on en a déjà échangé, en fait on est émetteurs et récepteur. Et en
247 fait si quelqu'un émet un état de fragilité ou de maladie, ou de souffrance, si en face il y a
248 quelqu'un qui reçoit cette information et que ce quelqu'un, et que cette personne-là dysfonc-
249 tionne. Elle a un statut et elle se croit toute puissante qu'elle ne mentalise pas le soin qu'elle ne
250 se remet pas en question, qu'elle est par exemple en souffrance qu'elle a peut-être vécu elle-
251 même de la souffrance plus plein d'autres ingrédients, en fait c'est la porte ouverte à la violence.
252 Enfin ouais je pense que c'est ça et je pense que la violence et la folie c'est ce qui se dit souvent,
253 en fait c'est de recommencer la même histoire ou la même chose avec les mêmes ingrédients.
254 Tu vois ce que je veux dire ?

255 Cécile : oui, d'accord...

256 Nadine : Et ça c'est ça c'est hyper, voilà mais malheureusement ou apparemment c'est souvent
 257 mais je trouve ça dramatique quoi, dans notre profession si en fait la personne soignante exerce
 258 en fait, un geste ou une attitude violente ne serait-ce que verbalement vis-à-vis du patient c'est
 259 dramatique.

260 Cécile : Et oui !

261 Nadine : on n'est pas là pour ça

262 Cécile : bah le soin perd son sens finalement !

263 Nadine : non seulement ça perd son sens, mais en plus c'est extrêmement grave quoi ça peut
 264 être un crime.

265 Cécile : mais oui !

266 Nadine : Une violence, une violence sexuelle, c'est un crime, une violence dans le soin, ça peut
 267 être ça. La porte ouverte à une erreur médicale à une souffrance chez un patient, peut-être un
 268 élément perturbateur ou déclencheur ne serait-ce qu'un élément stresser, c'est même pas stres-
 269 sant, c'est stresser. On peut devenir des stressers pour le patient, c'est horrible quoi, on n'est
 270 vraiment pas là pour ça quoi....

271 Cécile : Et oui, parce que ça l'empêche aussi de guérir quelque part. Enfin de de de ...

272 Nadine : bah ça peut créer un traumatisme,

273 Cécile : c'est plus de l'accompagnement quoi...

274 Nadine : c'est plus de l'accompagnement du tout, non, pour moi c'est condamnable même, pour
 275 moi c'est une faute professionnelle, un soignant violent c'est extrêmement grave.

276 Cécile : Donc si je résume pour être un bon soignant finalement il faut avoir une bonne cohésion
 277 d'équipe

278 Nadine : déjà faut avoir diplôme ! (rires)

279 Cécile : il faut avoir un diplôme, c'est vrai! Merci de me rappeler, je dois passer le mien. (Rires)

280 J'adore ! ensuite il faut une bonne cohésion d'équipe. Il faut beaucoup réfléchir sans arrêt se
 281 remettre en question.

282 Nadine : il faut de bonnes pratiques, il faut de bonnes connaissances, un diplôme faut de bonnes
 283 connaissances, il faut avoir l'expérience, une capacité à se remettre en cause. Repérer savoir
 284 bien se connaître aussi. Ca veut dire là, en ce moment là c'est difficile, en ce moment je suis
 285 fatiguée, en ce moment telle personne c'est compliqué. Pourquoi ? Se remettre en cause se poser
 286 en question et avoir fait même, je disais, on en parlais, tout à l'heure, quasi un travail...il faut
 287 avoir fait un travail sur soi quoi, aussi. C'est pas parce que aussi on débute une.... parce qu'on
 288 peut débiter tout jeune dans ce métier, mais il faut se poser tout le temps en question, quoi.
 289 Après, faut pas tomber dans l'obsession, la rumination mentale, parce qu'on peut se poser la
 290 question, de dire « bah ouais mais ça va impacter sur ma, la confiance en moi ». Tu vois, tu ne
 291 peux pas non plus à chaque fois aller faire un soin que soit un soin technique, ou un soin d'ac-
 292 compagnement d'une personne, un entretien infirmier ou une écoute active, dire « alors voilà,
 293 je vais faire ça je vais lui parler, je vais lui demander comment il se ressent ? Et, et puis « alors

294 il faut que je pense aux effets secondaires etc ». Et finalement c'est parce que tu as toutes ces
 295 connaissances toutes ces expériences, toute cette bienveillance, cette connaissance de toi-même
 296 de ton métier c'est un métier qui t'anime, il faut être animé parce qu'on fait, que finalement tu as
 297 tous les bons ingrédients pour... je sais pas si on peut être un bon soignant, mais en tout cas un
 298 soignant qui fait de son mieux. Et pour moi un soignant qui fait de son mieux, c'est un soignant,
 299 je me dis mais ça réduit... mais mais voilà le risque de violence, il est réduit extrêmement, quoi,
 300 voir j'espère ! On dit que le risque zéro n'existe pas mais à zéro quoi, moi j'espère que je suis à
 301 zéro, j'ai zéro violence quoi, j'espère?

302 Cécile : Ah oui ! Non mais pour avoir vécu un stage avec toi effectivement zéro.

303 Nadine : Après, ouais, après ça dépend peut-être du contexte, est-ce que par exemple quelqu'un
 304 qui nous agresse verbalement, est-ce que se positionner de mettre une limite, est-ce que c'est
 305 être violent? Parce que par exemple rompre un contrat de soins, est-ce que ça peut être violent?
 306 Alors que c'est que c'est ... C'est pas....

307 Cécile : oui mais quelque part on a atteint des limites, aussi,

308 Nadine : voilà mais est-ce que du coup ça

309 Cécile : c'est qu'il vaut mieux... mettre un terme justement !

310 Nadine : ca c'est ça, enfin, on en revient à l'idée de poser la situation en question

311 Cécile : et oui, parce qu'on ne le choisit pas ! Eux ne t'ont pas choisis ! Et encore... en libéral.
 312 peut-être que certains te connaissent, mais toi tu ne les as pas choisis.

313 ! En plus !

314 Nadine : non on choisit ouais!

315 Cécile : on ne choisit pas ses patients !

316 Nadine : Bah après quand tu as une plus grande patientèle tu choisis tes patients ! (rires)

317 Cécile : d'accord (rires)

318 Nadine : oh pauvre !

319 Cécile : un petit peu....rires

320 Nadine : rires....Etre honnête dans le soin. I

321 Cécile : Dans un cadre institutionnel c'est compliqué, entre le temps qui manque, les patients
 322 qu'on ne choisit absolument pas, les situations d'urgence. Je ne sais pas ce que tu en penses... ?

323 Nadine : Non mais la violence, mais c'est interdit....

324 Cécile : c'est interdit....on est d'accord.

325 Nadine : Un peu....moi j'ai l'exemple aussi du code de la route. C'est-à-dire que le code de la
 326 route, tu tu roules à 90, tu peux te permettre d'aller à 95-100, 110 en étant plus que prudent
 327 mesurant. Il pleut pas il fait beau, j'ai personne derrière, j'ai personne devant, aller....je m'auto-
 328 rise, me permet, parce que j'ai, je suis en confiance, et encore tout est discutable, mais tu t'auto-
 329 rises un petit peu. Mais la ligne blanche et le stop et le feu rouge : tu passes jamais ! Et la

330 violence, en fait c'est ça, c'est interdit ! Comme je dis souvent en fait, euh, même par exemple
331 une dispute où ça m'arrive de dire à des patients des fois qui se chamaillent entre eux des
332 couples, une forme de conjugopathie, « bon...essayez de vous disputer correctement ! essayez
333 de bien vous disputer ! » parce que je pense qu'on peut bien se disputer ! On peut se disputer
334 c'est-à-dire être en désaccord, poser en question, se positionner dire, je suis pas d'accord avec
335 toi mais.... sans violence. C'est interdit de toute façon. Oui d'ailleurs des fois, dans des couples
336 aussi je leur dis : « essayez de bien vous disputer, et au fait, non on va faire autrement ! il est
337 interdit de se disputer ! Et franchement, c'est... tout est plus doux quoi? Non ?

338 Cécile : oui vraiment. Ok ben écoute je te remercie beaucoup pour ton précieux de témoignage
339 Nadine : Avec plaisir !

Annexe n°5 : 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) : **Cécile VANDEKERCKHOVE**

Promotion : **2021-2024**

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 :

La Violence dans les soins : Etude sur la complexité du soin

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 **21/05/24**

Signature :

La Violence dans les soins : Etude sur la complexité des soins

Résumé du mémoire

Ce travail de fin d'étude, est une recherche sur les pratiques professionnelles infirmières. Il a démarré dès mon premier stage, alors que j'ai vécu une situation violente de prise en soins. Elle m'a poussé à m'interroger sur la violence que l'on rencontre dans la pratique soignante.

La violence semble antinomique du soin et pourtant elle existe (qu'elle soit physique ou psychologique).

Ma question de départ est : **en quoi la violence est constitutive du soin ?**

Afin de répondre à cette question, je me suis inspirée de différents auteurs du domaine du soin (infirmiers, médecins, philosophes.), j'ai également mené des entretiens auprès d'infirmiers en poste dans divers établissements. Il s'agit d'entretiens semi-directifs permettant une libre expression de chaque professionnel. Ils ont eu lieu en milieu psychiatrique, en EHPAD ainsi qu'en milieu libéral. Les résultats m'ont aidé à enrichir mes connaissances sur le sujet : soigner sans violence c'est à la fois être bienveillant tout en possédant une technique dans un cadre de soin au centre duquel le patient et l'équipe à toute son importance. Une nouvelle perspective de recherche découle de cette analyse, elle est basée sur l'importance du soignant à faire partie d'une équipe fiable dans la prise en soin.

Nombre de mots : 201

Mots clés : Soins, violence, bienveillance, technique, institution, équipe.

Violence in Care : study of care complexity

Abstract:

This end of course assignment, is about nursing professional practices. It started from my first work placement, when I experienced a violent situation of care. It made me wonder about the violence that is encountered in nursing care.

Violence seems opposite to the care and yet it exists (whether physical or psychological). My starting question is: **To what extent violence is constitutive of care?**

To answer this question, I was inspired by different authors in the field of care (nurses, doctors, philosophers). I also conducted interviews with nurses in various institutions. These are open ended interviews enabling free expression of each professional, in psychiatric, nursing home for senior and liberal environment. The results helped me to enhance my knowledges on the subject: to treat without violence is both to be benevolent while possessing a technique in a care setting at the center of which patient and the team has all its importance. A new research perspective arises from this analysis, it is based on the importance of the caregiver to be part of a reliable team in the care.

Number of words: 177

Keywords: Care, violence, benevolence, technique, institution, team.