

NACEUR Manel

Promotion 2022 - 2025



Travail de fin d'études

Quand la posture soigne et que l'émotion parle : faire face à la violence avec humanité.



Unité d'enseignement 5.6 S6

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : 19 Mai 2025

Directrice de mémoire : Sylvia SCHILTZ

Note aux lecteurs et lectrices :

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI d'Avignon et qui ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur. »

« Il n'y a que deux extrêmes dans la folie des hommes. L'instant où l'on prend conscience de son impuissance, et celui où l'on prend conscience de la vulnérabilité des autres. »

Yasmina Khadra, L'Attentat

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de mémoire, Madame Sylvia Schiltz. Merci de m'avoir accompagnée avec bienveillance tout au long de ce projet. Votre expertise, vos conseils et votre regard toujours juste ont été des atouts précieux pour orienter mes recherches, aider ma réflexion et surmonter les nombreuses difficultés rencontrées au fil de ce travail. Je souhaite également remercier Madame Elodie Thomas, ma formatrice référence, qui m'a soutenue tout au long de ces trois années de formation. Votre disponibilité, vos conseils, votre écoute attentive et vos encouragements constants ont joué un rôle important dans mon parcours, tant sur le plan académique que personnel. Je vous suis profondément reconnaissante pour votre patience, votre compréhension et pour la confiance que vous m'avez témoignée.

Je remercie également du fond du cœur tous les soignants qui ont accepté de participer à mon enquête. Sans leur collaboration et leurs témoignages, ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour. Leur engagement et leur passion pour leur métier m'ont profondément inspiré. Je les remercie pour leur disponibilité, leur sincérité et la richesse de leurs témoignages. Grâce à eux, j'ai pu avoir une vision des réalités du terrain, et leur engagement m'a profondément inspirée.

Je n'oublie pas ma famille, qui a été un pilier dans cette aventure depuis maintenant trois ans. À mon Papa, ma Maman, Yousra, Marwa, Rania et Mohamed : merci pour votre amour inconditionnel, vos encouragements constants et votre présence rassurante, même dans les moments les plus éprouvants. Votre soutien a été ma plus grande force. Je remercie aussi mes meilleures amies, Feirouz, Maroua et Farah pour leur écoute, leur humour et leur soutien, surtout dans les moments de doute. Vous avez su me rappeler pourquoi je tenais à aller jusqu'au bout et à me soutenir jusqu'à la fin. À celui dont la patience, la douceur et le regard bienveillant ont accompagné mon travail, merci du fond du cœur. Merci pour ta patience, ton calme et ta capacité à faire simple quand tout devenait compliqué. Pour les moments partagés, les silences respectés et tes encouragements. Ta présence m'a aidée à garder l'équilibre.

Enfin, je remercie toutes les personnes, connues ou restées dans l'ombre, qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire. Chacune de vos attentions a compté, et je vous en suis sincèrement reconnaissante.

Table des matières

Introduction	1
1 Situation d'appel	2
1.1 Description de la situation vécue	2
1.2 Analyse de la situation vécue et questionnements	5
2 Question de départ	8
3 Cadre de référence	8
3.1 La violence dans le soin	9
3.1.1 Définitions et formes de la violence	9
3.1.2 Domaines de prévalence de la violence	12
3.1.3 L'impact de la violence sur les soignants	13
3.1.4 Cadre législatif et approches thérapeutiques face à la violence	15
3.2 Les émotions	18
3.2.1 Les émotions dans le soin : force ou vulnérabilité ?	18
3.2.2 La gestion des émotions	21
3.2.3 L'impact émotionnel sur la qualité des soins	23
3.3 La relation soignant-soigné	24
3.3.1 Définition de la relation soignant-soigné	24
3.3.2 Qu'est ce que le soin ?	27
3.3.3 Les limites et les enjeux éthiques de cette relation	28
4 Enquête exploratoire	29
4.1 Méthode clinique	29
4.2 Outil utilisé : l'entretien semi-directif	30
4.3 Le guide d'entretien	31
4.4 Population choisie	32
4.5 Lieux d'investigation	32
4.6 Mode opératoire	33
4.7 Les limites de la recherche	33

4.8 Le déroulement de l'enquête	34
5 Présentation et analyse des entretiens	35
5.1 Présentation des entretiens	35
5.2 Analyse des données	39
5.2.1 La violence dans le soin	39
5.2.2 Les émotions dans le soin	45
5.2.3 La relation soignant-soigné	51
5.3 Synthèse de l'enquête exploratoire	54
6 De la problématique à la question de recherche	57
Conclusion	61
Bibliographie	65
Table des annexes	70

Introduction

A travers ce mémoire, je vous invite à voyager au cœur de la réflexion que j'ai eu au fil de mes expériences en tant qu'étudiante infirmière. Confrontée à des situations humaines où la souffrance côtoie l'espoir, j'ai pu découvrir des dimensions essentielles souvent mises à l'épreuve.

Dans mon travail, j'ai choisi d'explorer des concepts précis par le biais de différents aspects. Comment en tant que soignants, pouvons-nous « prendre soin » de l'autre tout en restant profondément humain, avec nos propres émotions, nos forces et nos fragilités ? Et cela face à un certain type de situation : la violence. Comment transformer nos émotions, parfois perçues comme faiblesses, en une ressource pouvant être clé d'une prise en charge plus qualitative, authentique et bienveillante ?

Cette réflexion est née d'une situation marquante, certes, mais elle se révèle être une constante que je retrouve tout au long de mon parcours et de mes expériences depuis mon entrée à l'IFSI. Ce travail s'inscrit dans une quête de compréhension, où chaque émotion, chaque moment de doute ou d'incertitude devient une opportunité d'enrichir la relation avec le patient. Face à des situations où la violence semble prendre le dessus, il est primordial de savoir comment gérer nos propres émotions sans perdre de vue l'objectif principal : offrir des soins bienveillants et adaptés.

La relation soignant-soigné devient alors un espace où empathie et écoute jouent un rôle important. Il s'agit donc de créer un cadre où la communication est libre, respectueuse et sécurisante pour le patient. Mais alors, comment trouver un équilibre entre humanité et professionnalisme face à tous ces défis ? Ce travail de recherche ouvre la voie à une compréhension plus profonde et à des pistes de réflexion pour une prise en charge adaptée et humaine.

Tout d'abord, je vais vous présenter ma situation de départ ainsi que mes nombreux questionnements. Ensuite dans un second temps, j'analyserai cette situation et je m'interrogerai sur les différentes problématiques qui en découlent. Je vous présenterai ma question de départ et je vous exposerai mon cadre de référence dans lequel je vais aborder de nombreux thèmes tels que la violence, les émotions et la relation soignant-soigné. Mes concepts seront traités au travers de différentes lectures avec diverses perspectives.

J'aborderai dans un troisième temps, mon enquête exploratoire, la population ciblée, les lieux d'investigation choisis ainsi que le type d'entretien que j'ai pu réalisé. Les résultats de ces entretiens seront exposés puis une analyse sera menée. Enfin, je vous exposerai la problématique qui mettra en tension le cadre de référence et mon analyse. Et pour finir je vous exposerai ma question de recherche et je conclurai mon travail.

1 Situation d'appel

1.1 Description de la situation vécue

Ma situation se déroule lors de mon premier stage en première année en soins infirmiers en Maison d'accueil spécialisée pour une durée de 5 semaines. L'équipe pluridisciplinaire se compose d'infirmières en charge de tous les secteurs, d'un médecin somaticien, d'un psychiatre, d'aides médico-psychologiques, d'éducateurs spécialisés, d'une assistante sociale, ainsi que d'aides soignantes.

Nous sommes lundi, je débute ma troisième semaine de stage dans le secteur « Sicile » et me présente à 13h car je suis d'après midi. C'est l'heure de la relève, le secteur semble relativement paisible. Nous réalisons quelques soins d'hygiène, puis nous nous installons dans la salle commune du secteur. Je me trouve aux côtés d'une aide-soignante, que je nommerai Blair, et l'éducateur spécialisé, que je nommerai Chuck. Nous sommes entourés de résidents réunis devant la télévision. L'une des résidentes, que je surnommerai Serena, s'approche de moi et me tapote l'épaule. Âgée de 20 ans, Serena est atteinte de trouble du spectre autistique. C'est une jeune femme qui s'exprime verbalement, s'alimente, se déplace de façon autonome, s'habille seule, fait son lit chaque matin, et montre un grand intérêt pour les jeux de sociétés..

Je me tourne vers elle, lui adresse un sourire et lui demande ce qu'il se passe. Elle s'empresse de me désigner l'armoire à jeux de sociétés du doigt et me dit avec enthousiasme « *Manel, on peut jouer au Dobble ?* ». J'acquiesce, et elle se dirige aussitôt vers l'armoire. Je récupère les clefs, ouvre l'armoire, puis j'installe le jeu. Nous commençons à jouer ensemble. Les parties s'enchaînent, et je peux lire une grande joie sur son visage à chaque fois qu'elle parvient à trouver le symbole identique entre les deux cartes. En revanche, je perçois aussi un sentiment de frustration qui émane d'elle lorsqu'elle échoue : elle tape du poing quand elle se trompe et se mord les doigts nerveusement.

L'heure de préparer le goûter approche. Je lui explique que nous devons interrompre notre partie pour le moment et que je dois aider à la préparation et à la distribution du goûter. Serena me lance un regard un peu déçu, mais acquiesce de la tête en me disant « *on pourra rejouer après ?* ». Je lui réponds que si nous avons suffisamment de temps après le goûter, nous pourrons reprendre notre partie.

Je me dirige vers la cuisine pour rejoindre Blair et m'attelle à la tâche. Le goûter est prêt, nous commençons la distribution à chaque patient. Jusqu'alors, tout se déroule sans encombre. C'est à ce moment que Serena se lève brusquement et se précipite vers Chuck, lui rappelant qu'elle doit passer son coup de fil hebdomadaire à sa mère. Chuck lui demande de patienter quelques instants, le temps que les autres résidents terminent leur goûter. Celui-ci terminé, il se dirige vers le bureau, prend le téléphone, compose le numéro puis le tend à Serena. Sans prendre une seconde, elle s'empresse aussitôt de se réfugier dans sa chambre en prenant soin de fermer sa porte derrière elle.

Quelques instants passent, Serena revient vers Chuck pour lui dire que le téléphone ne fonctionne pas. Après plusieurs tentatives d'appel, sans succès, Serena perd patience et fait demi-tour dans sa chambre en tapant du pied.

Je me rends alors auprès d'elle afin de lui apporter de la réassurance et lui expliquer que nous pourrions appeler sa mère plus tard. Serena est très ritualisée et elle accorde une grande importance à cet appel téléphonique qu'elle passe chaque lundi après-midi.

Lorsque je pénètre dans la chambre, elle est repliée sur elle-même, fermée, et a le regard vide. Elle porte ses doigts vers ses lèvres pour se ronger les ongles. Les secondes passent et soudain Serena se met à taper des pieds manifestant sa colère grandissante. Elle pousse des cris d'énervement. Je sors de la chambre pour me diriger vers Chuck, qui m'informe que la ligne est coupée. Il faut donc attendre le lendemain pour appeler. Je lui explique que Serena est en colère et qu'elle ne veut rien entendre.

Le temps que je raconte ce qu'il se passe à Chuck, Serena sort de sa chambre, se met à hurler de rage et donne un coup dans le mur, à proximité du bureau où nous nous trouvons. Chuck tente de lui parler calmement afin d'apaiser les tensions mais rien n'y fait. Elle est furieuse et inconsolable.

Serena est toujours dans le même état, une colère intense et une profonde frustration de ne pas pouvoir joindre sa mère. Elle se met à taper sa tête contre un panneau d'affichage aux bordures en métal. Prise de panique, je me retourne vers l'équipe soignante en leur faisant signe et en leur disant que nous devrions agir et ne pas la laisser se faire du mal. Blair me conseille alors de ne pas m'approcher de Serena, m'expliquant qu'elle finira par s'arrêter d'elle-même. Je ne comprends pas tout de suite le sens de ses paroles car pour moi il est impensable de la laisser se frapper aussi violemment. Je me sens impuissante, désarmée et hébétée devant une telle situation. La peur émerge en moi et prend le dessus. Je ne sais comment réagir pour lui venir en aide. À cet instant, je redoute non seulement que Serena ne se blesse grièvement, mais aussi qu'elle devienne hétéro-agressive si j'interviens.

Quelques minutes passent et semblent être une éternité pour moi. Serena s'épuise progressivement. Elle finit par se laisser glisser contre le mur, le regard toujours vide. Je lance un regard à Blair qui n'a pas l'air de ressentir les mêmes émotions que moi. Elle me fixe un instant, puis regarde Serena

et s'en va s'asseoir sur le canapé. Je me demande alors si le personnel soignant s'est posé des questions sur cette situation. De ce que j'avais constaté, non, mais je n'avais pas plus d'informations. Selon eux, ils l'ont laissée se calmer seule car si nous intervenions elle serait devenue violente envers nous. Cette réponse ne m'a pas suffi. Cette attitude peut soulever de question sur la banalisation du soin qui se manifeste quand les situations de crises sont perçues comme ordinaires...

Je laisse quelques instants passés et je m'approche de Serena pour lui demander si je peux m'asseoir auprès d'elle. Elle acquiesce brièvement, très peu réceptive. Mon regard se dirige vers sa main, elle a un doigt ensanglanté. Elle ne semble pas avoir mal. Je quitte son chevet pour aller informer Blair et lui dire que je vais chercher l'infirmière, que je nommerai Lily, qui se trouve dans son bureau.

Quelques minutes plus tard, accompagnée de Lily, je me dirige vers Serena toujours au sol, dos au mur. Lily me laisse lui faire le pansement, elle s'est arrachée un ongle sous le coup de la colère. Le soin terminé, Lily s'éclipse, me laissant seule avec elle. Je m'assois à nouveau auprès d'elle. Je lui propose alors de retourner jouer ensemble au Dobble lorsqu'elle le souhaite. Elle accepte.

Nous sommes donc retournées nous installer autour de la petite table à jeux de société et me revoilà face à elle à jouer comme si rien ne s'était passé. La peur que j'ai ressentie était marquée par deux choses : la violence de l'acte mais aussi les conséquences des actes qu'elle aurait pu s'infliger à elle et son entourage.

1.2 Analyse de la situation vécue et questionnements

C'était mon premier stage, je n'avais jamais été confrontée à une telle situation. J'étais profondément choquée et déstabilisée, n'ayant jamais été en stage et faisant face à de la violence sans pouvoir agir. La violence dans le soin prend des formes diverses, ici la patiente s'exprime à travers des actes auto-agressifs : je me demande alors comment réagir face à une détresse qui peut rapidement devenir un danger pour le patient et son entourage ? Laisser une patiente se blesser devant moi sans réagir, même avec l'encadrement d'une équipe expérimentée, m'a plongée dans une profonde réflexion. Quelles actions étaient efficaces pour intervenir dans ce genre de situation ? Qu'aurais-je pu faire ? Est-il toujours nécessaire d'agir pour canaliser une situation de violence ? Cette situation m'a également confrontée à mes propres émotions. La peur, l'impuissance et l'incompréhension dominaient, exacerbées par le manque d'encadrement de l'équipe soignante. Et si les soignants m'avaient plus encadré à ce moment-là, ma peur aurait-elle été amoindrie ? Concernant cette situation, l'équipe ne l'a pas abordé en ma présence. En mon absence, l'équipe s'est-elle posée la question de savoir si son état se stabilisait ? Ont-ils pris en considération mon état émotionnel après avoir été témoin de cet acte violent ? Pourquoi ne semblaient-ils pas aussi perturbés que moi par cette situation ?

L'incapacité de la patiente à verbaliser sa frustration a conduit à des comportements violents, ce qui relève de la question des signes avant-coureurs : aurais-je pu anticiper ce passage à l'acte si j'avais su mieux observer ou comprendre ses réactions ? Est-ce que la frustration

ressentie par Serena de ne pas pouvoir continuer le jeu avec elle était un précurseur de ce changement de comportement ? Il est possible que ce sentiment ait joué un rôle central dans l'explosion de violence qui a suivi. Mais comment aurais-je pu anticiper qu'un tel événement se produise ? Peut-être que certains signes avant-coureurs étaient présents, mais je n'ai pas su les interpréter.

La pathologie de Serena a sûrement influencé la manière dont elle exprimait sa frustration. Son incapacité à verbaliser son mal être a probablement contribué à l'expression de cette violence. Quelles auraient pu être les conséquences des actes auto agressifs de Serena sur sa personne ? Pourquoi ces actes violents étaient-ils banalisés ? Était-ce parce qu'ils étaient trop fréquents pour encore surprendre, ou par manque de ressources adaptées pour intervenir ? Est-ce que cette banalisation est une forme de résignation ou une stratégie afin de conserver une "juste" distance émotionnelle face à des situations éprouvantes ?

La relation soignant-soigné, ici, est mise à l'épreuve et est au cœur de la situation. En effet, au début de la situation tout semble se dérouler correctement et il existe un climat de confiance entre l'équipe et la patiente. Lors de l'émergence de la crise, il est difficile d'agir, pour moi qui suis étudiante et qui voit ce genre de situation pour la première fois de ma vie. La relation soignant-soigné se doit d'être une relation d'écoute, avec de l'empathie et, en tant que soignant, nous devons pouvoir nous adapter aux besoins et aux crises des patients sans franchir les limites de ce que nous pouvons faire. Mais quelles sont nos limites ? Et comment maintenir une relation thérapeutique efficace en respectant ces limites professionnelles et personnelles face à des comportements violents ? Comment pouvons-nous, soignants, adapter notre approche pour maintenir la confiance lors de ce genre de crise ? Je me demande si, dans cette situation, la confiance a-t-elle été brisée entre Serena et l'équipe ? Quels peuvent être les moyens de renforcer cette relation et de pouvoir désamorcer une situation pareille sans être pour autant passif ?

La prise en charge des patients atteints de trouble du spectre autistique est différente d'une prise en charge traditionnelle et nécessite des compétences spécifiques, notamment dans cette situation qui comporte des actes de violence. Comment la prise en charge aurait-elle pu être différente ? Comment aurions nous pu éviter que Serena se sente incomprise et frustrée par la

situation engendrant cette violence envers elle-même ? Pourquoi les soignants n'ont pas réagi ? Étaient-ils formés de manière adéquate à la prise en charge de ce genre de situation ?

La « passivité » des soignants face à cette crise était-elle en contradiction avec la bonne prise en charge et le besoin de protéger la patiente ? Cette manière de réagir est peut être fondée sur le fait que les soignants présents ont acquis une expérience professionnelle propre à ce type de situation ? Mais pourquoi la laissent-ils se faire du mal en espérant qu'elle se calme ? La véritable raison m'est inconnue, les soignants ne m'ont rien dit de plus. Cette violence met en exergue des questions éthiques et pratiques sur le rôle du soignant : comment et quand intervenir pour protéger le patient en situation de crise sans l'aggraver tout en le respectant et en s'adaptant à sa pathologie ? Jusqu'où peut-on aller sans compromettre la qualité de la relation soignant-soigné ?

Dans cette situation, les émotions des autres soignants n'étaient pas visibles et ne se ressentaient pas. Je n'ai pas su distinguer de réaction émotionnelle de leur part que ce soit pour l'éducateur, l'aide soignante et l'infirmière. Ils semblaient tous déterminés à conserver leur calme pour gérer la situation sans laisser leurs sentiments interférer. Mais cela devait-il signifier ne pas agir du tout ? Comment l'expérience professionnelle permet-elle de gérer de telles crises avec un calme apparent ? Et cette maîtrise des émotions est-elle un masque ou une véritable absence d'émotions ressenties ? Est-il nécessaire d'adopter une posture d'action afin de gérer au mieux une situation critique ? À mon sens, l'absence de réaction des soignants soulève des interrogations sur l'impact de leur approche sur la qualité des soins. De plus, cette réaction pose également la question de la contention. Pourquoi les soignants n'ont-ils pas envisagé d'utiliser des mesures de contention dans ce moment de crise ? La contention, bien que son usage soit controversé et soumis à une prescription médicale, peut s'avérer être nécessaire dans ce genre de situation afin de garantir la sécurité du patient. En l'absence de celle-ci, comment la sécurité de Serena était-elle assurée ? celles des autres patients et des soignants ?

Les émotions que j'ai pu ressentir dans cette situation sont exacerbées notamment par le manque d'encadrement et d'explication de la part de l'équipe soignante mais aussi par la scène que j'ai vécu comme un choc émotionnel. L'absence d'intervention immédiate a accentué ma confusion. Ce qui m'a le plus marqué, ce sont mes propres émotions face à cette

situation. Comment suis-je censée gérer ces émotions en tant que future infirmière ? Le fait de ressentir des émotions fait-il de moi une personne vulnérable ? ou au contraire cette vulnérabilité montre l'empathie qui peut enrichir ma pratique ? Cette vulnérabilité peut-elle impacter le soin ? L'indifférence émotionnelle dans le milieu du soin nuit-elle à la qualité des soins ? Ces questionnements me poussent à réfléchir à l'importance de la prise en soin du patient non seulement en prenant en compte ses besoins physiques mais aussi émotionnels. Mais alors la vulnérabilité émotionnelle peut-elle donc influencer la qualité des interventions et la relation avec le patient ?

2 Question de départ

Au fil de mon expérience, plusieurs réflexions ont émergé dans mon esprit, notamment sur la manière dont mes émotions ont pu influencer ma perception. Mes réflexions m'ont amenée à m'interroger sur la manière dont la violence dans le soin affecte non seulement les émotions des soignants, mais aussi la qualité de la relation soignant-soigné. La relation soignant-soigné est mise à rude épreuve face à des situations extrêmes et cela peut être délicat de maintenir l'équilibre entre empathie et professionnalisme.

Ces questionnements et réflexions m'ont conduite à formuler ma question de départ centrée sur trois concepts clés : la violence dans le soin, la relation soignant-soigné et les émotions. Ainsi, ma question est la suivante :

« En quoi les situations de violence dans le soin peuvent-elles impacter les émotions des soignants et influencer la qualité de la relation soignant soigné ? »

3 Cadre de référence

Le cadre de référence de mon mémoire s'articule donc autour de trois concepts : la violence, les émotions et la relation soignant-soigné. Ces concepts vont nous permettre d'explorer de multiples dimensions de ma thématique liée à l'expérience des soignants et des patients face à des situations qui sont souvent marquées par la souffrance et les tensions. Chacune de ces sections sera développée à travers des approches théoriques, des ressources bibliographiques variées et des perspectives réflexives afin de proposer une analyse riche et nuancée.

3.1 La violence dans le soin

3.1.1 Définitions et formes de la violence

La violence est omniprésente dans l'expérience humaine, mais elle prend une dimension particulière dans le soin. Là où l'on attend de l'apaisement, de la sécurité et de la considération, elle devient un poids supplémentaire pour celui qui souffre comme pour celui qui accompagne. Dans ce contexte, la violence n'est jamais neutre : elle abîme la relation thérapeutique, impacte la confiance et génère de la détresse. Elle peut être perçue comme un facteur de souffrance pour le patient comme pour le soignant. Il me semble donc essentiel de comprendre ce qu'elle recouvre, d'en préciser les formes, afin de mieux en saisir l'impact et d'envisager des manières justes et humaines d'y répondre.

L'étymologie du terme « *violence* » dérive du latin « *vis* » qui signifie une force en action, force exercée contre quelqu'un. Le pluriel « *vires* » désigne les forces physiques nécessaires pour exercer la « *vis* ». (*Les concepts en sciences infirmières* Poujouly M.-C., 2012). Cette notion de force imposée à l'autre est un élément important pour comprendre la violence dans le soin.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence comme « *L'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence.* ». Cette définition met en avant la vision de la violence au-delà des agressions physiques, incluant également les formes invisibles mais tout aussi délétères sur l'humain.

Selon le chapitre « *Violence* » dans l'ouvrage *Les concepts en sciences infirmières* (Poujouly M.-C., 2012), la violence dans le soin peut se décliner sous plusieurs formes : physique, psychologique, verbale ou encore institutionnelle. La violence physique regroupe les actes de brutalité, de contrainte corporelle ou de négligence. La violence psychologique est souvent plus insidieuse, elle peut se manifester par de l'indifférence, de l'humiliation, ou encore des attitudes infantilisantes. La violence verbale s'exprime à travers des paroles blessantes, des jugements, des menaces ou des propos condescendants. Enfin, la violence institutionnelle

renvoie à l'ensemble des dysfonctionnements du système de soins qui déshumanise la relation, par exemple à travers des protocoles rigides, des contraintes organisationnelles ou un manque de moyens humains.

Il existe également une forme de violence évoquée dans l'ouvrage *L'homme sans fièvre* (Marin C., 2013), c'est une certaine violence silencieuse ou parasite. L'auteure y décrit que le vécu du patient confronté à un système de soin peut tendre à réduire l'individu à son corps souffrant, à ses constantes biologiques et à des diagnostics, oubliant souvent sa subjectivité. Cette violence réside dans l'absence de reconnaissance de la souffrance non mesurable, dans le silence des soignants, dans les procédures déshumanisantes et dans l'objectivation du corps malade. Claire Marin évoque une médecine qui, sans intention malveillante, peut générer une souffrance profonde en niant la personne derrière la pathologie. « *S'il y a une part de violence inhérente au soin médical, qui fait son efficacité thérapeutique, il convient de la distinguer d'un autre type de violence, que l'on pourrait caractériser de parasite. Il peut y avoir une violence nécessaire dans un acte thérapeutique, par exemple dans un geste invasif sans que la relation thérapeutique en elle-même ne soit pour autant vécue comme une agression par le patient. A l'opposé, un geste relativement anodin dans une consultation médicale peut être ressenti comme particulièrement violent par le patient lorsqu'il est imposé sans prévention, lorsqu'il est accompagné de paroles humiliantes, d'ironie blessante, lorsque la manipulation, faite sans égards, traduit l'agacement, l'indifférence ou le mépris du soignant.* » (p. 105-106). Ce regard médical, froid et impersonnel, constitue une forme insidieuse de violence, où le patient devient « *un homme sans fièvre* », c'est-à-dire un être dont la douleur intérieure n'est ni vue, ni prise en compte. C'est ce que subissent les malades à travers le regard des autres, le système médical impersonnel, et le sentiment d'incompréhension. Les patients ressentent cette absence de reconnaissance dans le regard des autres, dans le déni de leur douleur invisible, et dans le silence du système qui rend les soins froids et mécanique et transforme cela en une routine déshumanisante.

Dans *La violence fondamentale* (Bergeret J., 1984), parle d'une violence innée, présente dès la naissance. Cette idée est inspirée par des psychanalystes tels que Sigmund Freud, qui voient cette violence comme une énergie forte issue du conflit entre la pulsion de vie et de mort. C'est une violence faisant partie de l'humain et Bergeret souligne qu'il faut distinguer la

violence fondamentale qui est la part de violence en chacun, une violence primaire ou pulsionnelle, et l'agressivité que l'on peut avoir qui est une réaction liée à des émotions comme l'amour ou la haine. C'est une énergie vitale, forte, issue du conflit entre pulsions de vie et de mort, qui constitue une base profonde de l'être humain. On peut la mettre en parallèle avec l'instinct de survie en commun avec les animaux par exemple.

Jean Bergeret évoque la relation entre une mère et son enfant, la première relation qui va construire psychiquement l'enfant en tant qu'individu. Il utilise cet exemple pour montrer comment cette violence émerge tôt dans la vie. Pendant cette construction psychique vont se manifester les premiers signes de violence chez l'enfant. Cette violence, distincte de l'agressivité, est en fait un mécanisme de défense vital sans trace d'affectivité.

L'auteur évoque que « *Pour Freud, l'amour et la haine ont des origines différentes ; le point de départ de l'agressivité apparaît comme « antérieur à l'amour » ; il correspondrait à une angoisse causée par le « monde extérieur » et déclenchant des mouvements de défense du Moi pour se « maintenir et s'affirmer »* (p.253). Freud explique que l'agressivité, qui est le besoin de se défendre, naît avant l'amour, comme une réaction à l'angoisse face au monde extérieur.

En reprenant la situation de mon stage, où la patiente s'automutile face à sa frustration de ne pas pouvoir appeler sa mère, les propos de Bergeret et Freud permettent d'aller plus loin. Elle exprime, par son comportement auto-agressif, une forme de violence fondamentale. Elle est instinctive, non réfléchie, et vise à décharger une tension interne. C'est une réaction de survie face à une situation qu'elle ne peut gérer autrement, et non une volonté de nuire à elle-même ou aux autres. Supposément, l'équipe soignante, en choisissant de ne pas intervenir physiquement, semble miser sur l'épuisement de cette violence fondamentale, évitant ainsi d'escalader vers une agressivité dirigée vers l'extérieur.

Il nous écrit également « *qu'il ne convient pas de confondre au sein de la relation mère-enfant ce qui appartient au registre de l'agressivité (et qui contient une amalgame d'amour et de haine) avec ce qui ressort de la seule violence fondamentale, instinct primaire purement défensif de la vie et ne connotant ni vectorisation objectale encore précise ni capacité d'amour ou de haine.* » (p.206) Cette violence, selon lui, n'est pas uniquement destructrice ; elle est aussi une force motrice, une tension interne nécessaire à l'affirmation de soi et à la construction du sujet. Elle est, en temps ordinaire, contenue et régulée par les interdits et les normes sociales. Cependant, en contexte de vulnérabilité ou de déséquilibre tels que ceux

rencontrés dans la maladie, la douleur ou l'épuisement professionnel, cette violence peut faire irruption de manière inattendue et désorganisée. Elle peut resurgir sous forme de comportements violents face à des situations de tension ou d'impuissance.

Dans le cadre du soin, cette violence fondamentale peut se manifester sous diverses formes : colère du patient face à une frustration, gestes agressifs en situation de crise, épuisement émotionnel du soignant pouvant mener à des attitudes défensives, voire déshumanisantes. Ces manifestations traduisent souvent une souffrance muette, un cri du corps ou de l'âme face à l'impuissance. Elles jouent un rôle dans la relation soignant-soigné, et elles rappellent combien cette dernière est traversée par des enjeux.

Comprendre ces différentes formes de violence permet de mieux appréhender leur présence dans les pratiques soignantes, de ne pas les minimiser ni les banaliser, et d'envisager des moyens concrets pour les reconnaître, les contenir, voire les transformer en une dynamique de compréhension et d'accompagnement dans la relation de soin.

3.1.2 Domaines de prévalence de la violence

La violence dans le soin ne se manifeste pas partout de la même manière. Elle s'intensifie dans certains contextes cliniques, là où la vulnérabilité des patients croise les limites du système de santé et les tensions vécues par les soignants. Ce sont des lieux où les fragilités se rencontrent, se heurtent parfois, et où la violence, sous ses différentes formes devient plus fréquente et plus visible.

Dans le rapport sur la sécurité des professionnels de santé, (Masseron, J.-C., & Nion, N. (2023). *Rapport Ministère de la Santé et de la Prévention*) la violence dans le milieu soignant ne se répartit pas uniformément, certains services sont plus exposés que d'autres. Les services d'urgences, de psychiatrie et de gériatrie se distinguent comme des zones particulièrement sensibles, où le risque de violence est accru. Aux urgences, l'afflux constant de patients, souvent en situation de détresse physique ou psychologique, crée un climat de tension favorisant les comportements agressifs. L'attente, la douleur, l'anxiété et la frustration peuvent exacerber les émotions des patients et de leurs proches, conduisant à des réactions verbales ou physiques violentes envers le personnel soignant. En psychiatrie, les troubles mentaux, tels que les psychoses, les troubles de l'humeur ou les troubles de la personnalité, peuvent être à l'origine de passages à l'acte violent. La désorganisation psychique, la perte de contrôle

émotionnel et les hallucinations peuvent altérer le jugement et le comportement des patients, augmentant ainsi le risque d'agressions. En gériatrie, la perte d'autonomie, les troubles cognitifs et les problèmes de communication peuvent entraîner des réactions d'agressivité ou de désorientation chez les personnes âgées. La frustration, la peur, la confusion et l'incompréhension peuvent se traduire par des comportements verbaux ou physiques violents envers les soignants. Enfin, les établissements médico-sociaux, tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées, où les résidents présentent des troubles du comportement, des déficiences intellectuelles ou des troubles psychiques pouvant générer des situations de violence. Il faut noter que la violence institutionnelle peut exacerber les tensions dans tous ces services déjà sous pression.

3.1.3 L'impact de la violence sur les soignants

La violence dans le soin peut affecter la santé mentale et physique des soignants. Elle peut les atteindre profondément, dans leur corps comme dans leur esprit. Être confronté jour après jour à des situations de tension, à des paroles dures, à des gestes menaçants ou à une atmosphère d'agressivité finit par peser lourd. Cela laisse des traces, parfois invisibles, mais bien réelles.

D'après l'article *Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry* (Maslach C., Leiter M. P., 2016), les professionnels de santé peuvent subir de nombreuses conséquences telles que de l'épuisement professionnel ou de l'anxiété ou encore un syndrome de stress post-traumatique en raison d'exigences émotionnelles élevées, de surcharge de travail et de manque de soutien social. Les soignants sont particulièrement vulnérables à l'épuisement professionnel, à l'anxiété et au syndrome de stress post-traumatique en raison des exigences émotionnelles élevées, de la surcharge de travail et du manque de soutien social auxquels ils sont confrontés. La pression émotionnelle constante, la surcharge de travail, le manque de reconnaissance ou de soutien humain dans les équipes deviennent des facteurs de risque majeurs. Lorsque s'ajoutent à cela des épisodes de violence, même ponctuels, le seuil de tolérance peut être rapidement franchi. Ces facteurs de stress peuvent être exacerbés par les situations de violence qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne.

Le podcast intitulé *Violences à l'hôpital : comment protéger la mission de soin ?* (France Culture, 2024) explore les causes et impacts des violences dans les hôpitaux. Il évoque les conséquences désastreuses de ces violences dans le soin. Les professionnels de santé, confrontés à des agressions verbales, des menaces, des insultes, des incivilités voire des agressions physiques, peuvent développer de nombreux troubles tels que des troubles anxieux, des troubles du sommeil et des symptômes dépressifs. Cela peut donc altérer leur capacité à exercer leur métier avec compétence, empathie et compassion, à établir une relation de confiance et de collaboration avec les patients et leurs familles, et à prendre des décisions réfléchies dans des situations complexes et émotionnellement chargées.

Quand la violence devient répétée, ou perçue comme une composante normale du quotidien, elle peut conduire à un désengagement progressif. On observe alors un absentéisme qui augmente par exemple, une fatigue qui s'installe, une perte de sens qui impacte le soignant. Certains soignants finissent par quitter leur poste, voire leur métier, épuisés de devoir tenir dans un environnement qui ne les protège pas assez. Ce turnover fragilise les équipes, met à mal la continuité des soins et nuit à la qualité des prises en charge. Cela compromet gravement la qualité des soins, la continuité de la prise en charge des patients, la stabilité des équipes et l'attractivité des professions de santé.

Mais au-delà des symptômes et des chiffres, il y a aussi des ressentis : un sentiment d'impuissance, parfois de révolte, souvent de solitude. Certains soignants ressentent une colère face à l'injustice de certaines situations, d'autres vont peu à peu vers une forme de résignation. Le désespoir peut s'immiscer là où la vocation était présente aux départ. Et pourtant, la plupart continuent, parce qu'ils aiment leur métier, parce qu'ils croient encore à cette relation humaine, à cette mission de soin qui donne sens.

Reconnaître la violence subie par les soignants, c'est leur redonner une place entière dans le soin. C'est affirmer qu'ils ont, eux aussi, besoin d'être protégés, soutenus, écoutés. Car on ne peut pas bien soigner si l'on est soi-même blessé. Mais il serait réducteur de ne regarder la violence que dans un seul sens. La relation de soin est un espace d'interactions intenses, parfois traversées par la douleur, l'angoisse, l'impuissance, autant chez le patient que chez le soignant. Et dans cet espace-là, il arrive aussi que les soignants, consciemment ou non, soient les auteurs de gestes, de paroles ou de postures perçus comme violents.

Ce n'est pas toujours le fruit d'une malveillance. Cela peut être la conséquence d'un rythme effréné, d'un manque de temps, de moyens ou de reconnaissance, qui épuise et use. Cela peut aussi venir d'une forme de distance affective que le soignant s'impose pour se protéger lui-même. Mais pour le patient, ce geste brusque, ce silence froid, cette parole condescendante ou cette attitude impersonnelle peuvent être vécus comme une forme de violence, parfois aussi douloureuse qu'un acte physique. Il faut pouvoir entendre cette réalité sans accabler, mais sans l'éviter non plus. Car soigner, c'est aussi accepter d'être pris dans une relation asymétrique, où l'on a du pouvoir, où l'on agit sur le corps et parfois sur l'intimité de l'autre. Cela demande une vigilance éthique constante, un travail de réflexion sur ses propres affects, ses limites, ses tensions.

De même, il est essentiel de comprendre que les patients eux aussi, dans leur souffrance, leur incompréhension ou leur désespoir, peuvent devenir violents. Ce n'est pas une justification, mais un appel à aller chercher ce qui se joue derrière ces comportements. Une parole blessante, un geste de refus ou une crise de colère peuvent être l'expression d'une angoisse profonde, d'un sentiment de ne pas être entendu, reconnu, respecté.

Il y a donc dans le soin une violence qui est parfois silencieuse, parfois explosive, jamais anodine. Elle touche les corps, mais aussi les liens, les représentations, les émotions. Elle s'inscrit dans les rapports de pouvoir, dans les contextes institutionnels, dans les histoires de chacun. Et elle doit être exprimée, partagée et réfléchie. Reconnaître cette violence dans les deux sens, ce n'est pas chercher des coupables, mais des compréhensions. C'est accepter que le soin n'est pas toujours un espace de douceur, mais un lieu où se croisent différentes perceptions humaines. C'est justement en s'intéressant à cette complexité que l'on peut espérer restaurer une relation plus juste, plus sensible, plus humaine entre ceux qui soignent et ceux qui sont soignés.

3.1.4 Cadre législatif et approches thérapeutiques face à la violence

La gestion de la violence dans le domaine des soins de santé repose sur un cadre législatif précis et l'application d'approches thérapeutiques adaptées. Il est important d'assurer un environnement sécurisé pour les patients et les soignants, tout en respectant les droits fondamentaux des individus. Pour y faire face, les soignants s'appuient sur des points

juridiques, mais aussi sur des approches relationnelles qui redonnent du sens à l'accompagnement des plus vulnérables.

Depuis la loi du 4 mars 2002, souvent appelée loi Kouchner, les droits des patients sont au cœur des préoccupations en santé. Cette loi ne parle pas seulement d'accès aux soins, mais aussi de leur qualité, de leur sécurité, et du respect dû à chaque personne soignée. Elle rappelle que l'hôpital ou l'établissement de soin n'est pas un lieu neutre : il doit protéger, entourer, et permettre une rencontre humaine digne entre soignants et patients. Elle impose aux établissements de santé de mettre en place des mesures garantissant un environnement sécurisé pour les soignants et les patients (*Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002*).

Parmi les situations les plus délicates à gérer, celles qui impliquent des actes de contrainte comme l'isolement ou la contention exigent une vigilance extrême. L'article L3222-5-1 du Code de la santé publique encadre strictement leur utilisation. Ces gestes ne doivent intervenir qu'en dernier recours, uniquement lorsqu'il y a un danger immédiat, et toujours sous la décision et la responsabilité d'un psychiatre. Il faut que ce soit proportionné au risque évalué, et faire l'objet d'une surveillance stricte (*Article L3222-5-1 du Code de la santé publique*). Ces moyens coercitifs sont utilisés pour les patients en hospitalisation complète sans consentement, et dans le but de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui. Même dans ces moments de crise, le respect du patient et de son intégrité reste central.

Mais pour prévenir la violence avant qu'elle n'éclate, il existe des manières d'entrer en relation qui désamorcent les tensions. La Communication Non Violente (CNV), développée par Marshall Rosenberg dans les années 1970 repose sur l'écoute empathique et l'identification des besoins. Inspirée de la non-violence de Gandhi et des travaux de Carl Rogers sur l'écoute active, elle repose sur des principes simples : observer sans juger, exprimer ses émotions, identifier ses besoins et formuler une demande claire. La première étape est l'observation, où il s'agit de décrire une situation de manière objective, sans jugement ni interprétation, juste en constatant ce qui se passe. Ensuite, vient l'étape des sentiments, où l'on exprime ce que l'on ressent face à cette situation, en se concentrant sur nos émotions. La troisième étape est celle des besoins, où l'on identifie les besoins sous-jacents à nos émotions, car ils sont souvent à l'origine de notre ressenti. Enfin, la dernière étape consiste à formuler une demande claire et précise pour répondre à nos besoins,

de manière bienveillante. Cette méthode sert à apaiser les tensions avant qu'elles n'évoluent en crises et permet de garantir un bien être au patient et favoriser des échanges authentiques, où chaque personne peut exprimer ses besoins et ses sentiments sans jugement. Cette approche va permettre de renforcer la relation soignant-soigné, de réduire les tensions, et d'encourager des échanges plus ouverts et respectueux. Elle aide aussi à mieux gérer les situations difficiles, comme celles où le patient peut se montrer agité ou incompris, en offrant une méthode pour mettre fin aux conflits tout en préservant la dignité de la personne. En choisissant de parler à l'autre non pas à partir de la peur ou du contrôle, mais à partir de l'empathie, on peut transformer une situation tendue en un échange constructif. Cela ne résout pas tout, mais cela ouvre un espace de compréhension où chacun peut se sentir écouté.

La Haute Autorité de Santé propose également des outils pour prévenir et gérer les situations à risque de violence. Dans l'article intitulé *Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence* (Haute Autorité de Santé, 2016), la HAS souligne l'importance de créer un environnement sécurisant, d'établir une communication adaptée et d'intervenir de manière proportionnée pour prévenir l'escalade de la violence. Dans l'article est évoquée la nécessité pour les soignants de reconnaître les signes précurseurs de violence et de mettre en place des stratégies adaptées pour désamorcer les tensions avant qu'elles ne deviennent incontrôlables. Il propose également des conseils pratiques pour renforcer les compétences des équipes soignantes, notamment en termes de gestion de l'anxiété des patients et de leur soutien émotionnel. Ces outils ne sont pas là pour brider les soignants, mais pour les soutenir, les armer face à des situations éprouvantes. Car quand on sait mieux comment réagir, on se sent moins seul, et on agit de manière plus juste.

Enfin dans l'article *Intégration des droits humains dans la pratique du personnel infirmier faisant usage de coercition en santé mentale* dans l'ouvrage *Recherche en soins infirmiers* (Pariseau-Legault, P., Vallée-Ouimet, S., Jacob, J. D., & Goulet, M.-H., 2020) l'importance d'intégrer les droits humains dans ces pratiques pour garantir le respect de la dignité et de l'autonomie des patients est soulignée lors de l'usage de mesures coercitives. L'utilisation de la contrainte, qu'elle soit physique ou psychologique, est un sujet délicat. Les pratiques coercitives peuvent heurter les valeurs profondes des soignants, qui sont là avant tout pour prendre soin. L'article insiste sur la nécessité de former les professionnels, afin qu'ils puissent appliquer les mesures de coercition tout en respectant les droits et la dignité des patients. Une

telle formation doit inclure non seulement des aspects théoriques sur les droits des patients, mais aussi des outils pratiques pour gérer les situations tendues sans recourir systématiquement à la contrainte. L'instauration de protocoles clairs et adaptés permet aux soignants de se référer à des lignes directrices précises lors de l'application de ces mesures. Cela garantit une pratique plus sécuritaire et respectueuse des principes éthiques.

Enfin, il est important de promouvoir une culture de communication ouverte et de respect au sein des équipes de soins, car cela permettrait de réduire la nécessité d'interventions coercitives et de favoriser des alternatives plus humaines, centrées sur le patient. Des espaces de parole permettraient de partager ce qui se vit souvent dans le silence. Car la contrainte, même justifiée, laisse des traces chez le patient comme chez le professionnel.

3.2 Les émotions

3.2.1 Les émotions dans le soin : force ou vulnérabilité ?

La question des émotions dans le soin se pose car elles traversent la relation soignant-soigné. Le soin ce n'est pas que des gestes techniques ni une suite de protocoles. Le soin engage l'humain dans son entièreté et donc de ses émotions. Le soignant, tout comme le soigné, est traversé par des émotions qui influencent la relation thérapeutique. Ces émotions peuvent être un soutien, mais aussi déstabilisantes. Mais comment les prendre en compte ? Sont-elles une force, un levier thérapeutique ? Ou bien une vulnérabilité pouvant être une faille dans l'exercice professionnel ?

Étymologiquement, le terme « *émotion* » vient du latin *emotio*, signifiant « *mouvement vers l'extérieur* » ou « *ébranlement intérieur* ». Cela évoque un processus dynamique, un bouleversement qui mobilise tout l'être.

Selon le dictionnaire Larousse, l'émotion est définie comme une « *réaction affective transitoire d'assez grande intensité, en général provoquée par une stimulation venue de l'environnement* ». Les émotions sont involontaires et immédiates ce qui peut rendre leur gestion difficile, notamment dans le contexte professionnel.

Je souhaite définir quatre émotions principales selon le Larousse également :

- La colère : « *État affectif violent et passager, résultant du sentiment d'une agression ou d'un désagrément, traduisant un vif mécontentement et accompagné de réactions brutales.* »
- La joie : « *Sentiment de plaisir, de bonheur intense, caractérisé par sa plénitude et sa durée limitée, et éprouvé par quelqu'un dont une aspiration, un désir est satisfait ou en voie de l'être.* »
- La peur : « *Sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace; cette émotion éprouvée dans certaines situations : Trembler de peur.* »
- La tristesse : « *État de quelqu'un qui éprouve du chagrin, de la mélancolie ; affliction.* »

Selon le chapitre « *Émotions* » dans *Les concepts en sciences infirmières*, (Fernandez L., 2012), les émotions primaires, comme la joie ou la peur, sont universelles, tandis qu'il y a des émotions mixtes qui elles sont plus complexes. Les émotions telles que la joie, la peur, la colère ou la tristesse sont universelles et biologiquement programmées. Tandis que des émotions secondaires ou mixtes, telles que la culpabilité ou la honte sont elles plus nuancées, influencées par le vécu, la culture et le contexte social. Ces dernières sont très présentes dans le soin.

Les émotions s'inscrivent dans différentes dimensions : la dimension cognitive (ce que je pense de la situation), la dimension corporelle (ce que je ressens physiquement), la dimension comportementale (ce que je fais ou ne fais pas), et la dimension expressive (ce que je montre aux autres). Cette complexité rend nécessaire une gestion maîtrisée des émotions, en particulier dans les contextes de soins où la charge émotionnelle est élevée. Dans les services où la souffrance, l'urgence, ou les situations de crise sont fréquentes, le soignant est confronté à des émotions intenses, parfois contradictoires.

Dans l'ouvrage *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* (Mercadier, 2020) , l'auteure dit que « *la joie, le plaisir sont des denrées rares à l'hôpital; ils semblent être insuffisants pour compenser un vécu émotionnel rempli de dégoût, de honte, de colère, de peur et de tristesse.*» (p.68) Cette phrase montre la difficulté pour les soignants de trouver un équilibre émotionnel face à la souffrance, à la mort et à la violence qui peuvent être omniprésentes dans leur quotidien professionnel. Cette gestion des émotions devient un défi à surmonter chaque jour. Être touché, ému, choqué ou même en colère face à certaines situations est inévitable.

Nous allons aborder le développement de l'intelligence émotionnelle. Ce concept c'est la capacité à identifier, comprendre, exprimer et réguler ses émotions ainsi que celles d'autrui. Selon l'article *Exploring the Emotional Intelligence of Florence Nightingale* (Magpantay-Monroe, E. R. 2015), cette compétence est l'une des plus importantes pour faire face aux situations compliquées, prévenir l'épuisement professionnel et maintenir une posture soignante correcte. Dans leur étude, les auteurs soulignent que l'intelligence émotionnelle permet d'améliorer la gestion du stress chez les soignants, et de maintenir une qualité de communication malgré la pression du contexte hospitalier. Pourtant, dans le quotidien du soin, les émotions ne sont pas toujours perçues comme des ressources. Elles sont parfois vécues comme des failles, voire comme des menaces à l'image professionnelle du soignant. Ressentir de la peur, de la tristesse ou de l'agacement peut être considéré comme un manque de maîtrise, alors que ces émotions sont simplement humaines. La pression envers le soignant peut pousser à la neutralité émotionnelle et cela pousse certains professionnels à refouler ou ignorer leurs affects, ce qui peut générer à terme une distance excessive, une fatigue psychique, voire un repli sur soi.

Il ne faut donc pas éliminer les émotions, mais les reconnaître comme des indicateurs. Ce travail d'élaboration permet au soignant de préserver sa disponibilité relationnelle tout en maintenant une posture professionnelle. Les espaces de parole comme les groupes d'analyse de pratiques, la supervision ou encore les échanges informels entre collègues deviennent alors des ressources qu'on peut utiliser pour réguler les émotions, éviter l'isolement affectif et continuer d'avoir une posture soignante équilibrée.

Les émotions, loin d'être un obstacle, peuvent alors devenir un levier de qualité dans la relation de soin, à condition qu'elles soient comprises, encadrées, et intégrées dans une posture réflexive. Elles sont à la fois force et vulnérabilité, mais surtout une composante indissociable du soin relationnel.

3.2.2 La gestion des émotions

Toutefois, la gestion des émotions en milieu de soins est particulièrement compliquée. Face à des situations difficiles, les soignants doivent souvent mettre en place des mécanismes de défense pour se protéger. Dans *Le normal et le pathologique* (Canguilhem, 2013), on ne parle pas directement de distance émotionnelle, mais l'auteur évoque la manière dont une personne peut s'adapter face à une pathologie, ce qui me semble important d'analyser. Cette adaptation peut passer par une forme de distance émotionnelle, qui permet au soignant de ne pas être submergé par les émotions du patient.

L'ouvrage *Distance professionnelle et qualité des soins* (Prayez, 2009) décrit la distance professionnelle comme une posture d'équilibre, qu'il qualifie de "*juste présence*". « *La distance est la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable. Selon l'étymologie latine, il s'agit de « se tenir debout », en étant séparé de l'autre par un espace plus ou moins important.* » (p.5). Selon lui, le fait d'intégrer les émotions dans la relation favorise un lien authentique et empathique en jonglant entre proximité émotionnelle et distance protectrice. Il ne s'agit donc pas de nier ses émotions, mais de trouver la bonne distance pour pouvoir accompagner le patient de manière efficace. Il évoque également les pensées d'Edward T Hall, qui parle de proxémie. C'est la distance physique entre des personnes lors d'une interaction. Elle se définit par quatre catégories de distances : la distance intime (toucher et odorat), la distance personnelle (la vue), la distance sociale et la distance publique.

L'auteur dit : « *Le professionnel reste souvent seul avec sa souffrance, se réfugiant parfois dans une distance "hyperdéfensive" qui le coupe de ses ressentis, créant un "blindage" qui annule la relation. Cette distance sans implication tend à dénier toute subjectivité à l'autre, à*

le considérer comme un objet de soin, à nier la réalité de sa souffrance. Ainsi distancié, le soignant se concentre sur l'aspect opératoire du geste technique, réparant un corps-objet, avec une obsessionnalité des gestes qui renforce l'asepsie émotionnelle déjà trop présente dans le milieu médical. » (p.26) La distance excessive qu'il évoque là peut déshumaniser la relation soignant-soigné, car elle transforme le patient en un "objet de soin" plutôt qu'une personne à part entière. C'est une manière de nier la réalité de la souffrance du patient, et au final, cela rend la relation moins authentique et moins humaine.

Dans l'ouvrage *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* (Mercadier, 2020) , l'auteure dit : *« La pensée médicale, par sa façon rationnelle d'appréhender le corps malade, de la construire, contribue à produire et maintenir cette norme de neutralité émotionnelle. »* (p.203) La neutralité émotionnelle peut être particulièrement difficile à vivre pour les soignants car elle est souvent perçue comme une exigence et les soignants sont avant tout des êtres humains avec leurs propres émotions et leurs propres vulnérabilités. Il est difficile de repousser leurs sentiments pour mieux se concentrer sur le soin technique, et cela peut aboutir à un éloignement émotionnel et à un épuisement progressif.

Enfin l'auteure évoque la ritualisation et la protocolisation des soins : *« Les soins techniques permettent de masquer l'abord direct du corps : se concentrer sur un geste technique, médiatiser le toucher détourne l'attention du corps. Si le protocole n'opacifie jamais complètement le regard du soignant, il le met à l'abri du regard du malade : le soignant devient un professionnel du soin avec une technique de soin, et n'est plus comme l'aide soignante pendant la toilette dans un simple rapport corporel. La toilette, un soin apparemment très simple, qui pour bon nombre de soignants relève du bon sens, est elle aussi protocolarisée. La ritualisation de la toilette est exemplaire de la ritualisation de l'ensemble des soins infirmiers. »* (p.209). Ici, elle démontre que cela peut conduire à une déshumanisation de la relation soignant-soigné, où le contact émotionnel est réduit au minimum, plus distante et moins personnalisée. Il ne faut donc pas nier ses émotions, mais les appréhender de manière réfléchie. Il faut savoir doser la proximité, se protéger sans se couper brutalement de l'autre. La principale difficulté c'est cette capacité à être là pour le patient, tout

en préservant une certaine distance qui permette de rester humain dans l'exercice du soin. C'est un équilibre qu'il est primordial de trouver.

Dans l'article *L'Autre chez Lévinas : une vision utopique de l'humain ?* (Fiszman, 2009), on aborde la pensée de Levinas. L'auteur évoque la nécessité de prendre en compte l'autre dans sa globalité sans le réduire à une simple image. Il évoque la place des émotions dans le soin en insistant sur la responsabilité éthique envers l'altérité. Cela signifie que ressentir et exprimer ses émotions dans le soin, c'est une manière d'honorer la personne que l'on accompagne, en la reconnaissant pleinement comme un être humain à part entière. Mais la responsabilité dont parle Lévinas peut générer des tensions émotionnelles chez le soignant, confronté à ses propres limites. Il est donc important de trouver un équilibre entre l'engagement envers le patient et le fait de préserver sa propre intégrité émotionnelle.

En parallèle, dans le chapitre *Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur dans l'ouvrage Recherche en soins infirmiers* (Svandra, 2016), Ricoeur évoque l'importance de considérer le patient comme une personne à part entière et évoque la responsabilité, la sollicitude et la justice dans le soin, en insistant sur l'importance des émotions dans la relation soignant-soigné. Cette reconnaissance des émotions permet d'améliorer la communication et de désamorcer des situations de crise, tout en renforçant l'alliance thérapeutique. Les émotions ne doivent donc pas être niées, mais plutôt utilisées comme un outil pour améliorer la qualité de la relation et du soin.

3.2.3 L'impact émotionnel sur la qualité des soins

Dans le quotidien du soin, les émotions ne sont pas toujours perçues comme des ressources. Elles sont parfois vécues comme des faiblesses, voire comme des menaces à l'image professionnelle du soignant. Ressentir de la peur, de la tristesse ou de l'agacement peut être considéré comme un manque de maîtrise, alors que ces émotions sont profondément humaines. Il existe souvent une pression qui pousse les soignants à la neutralité émotionnelle et qui va les inciter à refouler ou ignorer leurs affects, ce qui peut générer à terme une distance relationnelle excessive, une fatigue psychique, voire un repli sur soi. Il est donc essentiel de

reconnaître que les émotions font partie intégrante du soin, et qu'il est possible de les gérer de manière constructive.

Dans *Le gouvernement des émotions* (Le Coz, 2014), on apprend que les émotions sont influencées par des facteurs externes comme les normes sociales et les attentes institutionnelles. Il dit : « *Si nous étions capables de gouverner nos émotions par un "libre arbitre", nous ne comprendrions plus pourquoi il nous est si souvent difficile de suivre nos propres résolutions sans céder à nos penchants affectifs.* » (p.32) Il existe souvent un décalage entre notre volonté de contrôler nos émotions et les pressions sociales qui viennent parfois perturber nos intentions. Il est donc difficile de rester maître de ses émotions, surtout quand celles-ci sont influencées par des facteurs extérieurs qu'on ne peut pas toujours contrôler. Ce phénomène prend sens dans le domaine des soins, où la gestion des émotions, tant chez les soignants que chez les patients, joue un rôle essentiel pour établir et maintenir une relation de confiance et de qualité.

Les émotions, qu'elles soient conscientes ou non, peuvent être influencées ou manipulées par divers facteurs externes, et cela a un impact direct sur la manière dont les soins sont dispensés. Par exemple, des émotions comme l'empathie, la sollicitude ou même la responsabilité peuvent être modifiées selon l'état émotionnel du soignant, ce qui peut affecter la qualité de la relation soignant-soigné. Si un soignant est submergé par ses propres émotions, cela peut nuire à sa capacité d'écoute, à sa réactivité ou à son objectivité. De même, la gestion des émotions du patient peut orienter la manière dont le soignant intervient, l'influençant parfois à agir de manière moins réfléchie. Le fait d'être conscient de ces influences émotionnelles va permettre au soignant de mieux se préparer à gérer ses ressentis et éviter qu'ils perturbent la qualité de sa pratique.

Enfin, traitons de la notion de transfert et de contre-transfert selon Freud Sigmund dans l'article *Transfert et contre-transfert dans l'accompagnement vers les soins dans l'ouvrage Pratiques en santé mentale* (Benarosch, 2017). Il évoque cette notion influençant la relation thérapeutique. Il nous donne deux définitions :

- le transfert : « *le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets (c'est-à-dire sur certaines personnes) dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique.* » (p.49-53)
- et le contre transfert : « *l'ensemble des réactions de l'analyste au transfert de son patient, y compris les sentiments projetés en lui par celui-ci.* » (p.49-53)

Le transfert désigne donc les sentiments inconscients que le patient projette sur le soignant qui réactive des schémas relationnels anciens et des affects refoulés pouvant être positifs, l'idéalisation par exemple, ou négatifs, comme la méfiance. Tandis que le contre-transfert désigne les réactions émotionnelles du soignant face au patient comme l'empathie, l'agacement, la peur, la fascination. En étant conscient de ces mécanismes, le soignant peut mieux comprendre la dynamique relationnelle et éviter les difficultés potentielles.

3.3 La relation soignant-soigné

3.3.1 Définition de la relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné, pilier de la pratique infirmière, additionnant écoute, empathie et responsabilité est une notion importante à aborder. Cette relation, au-delà des actes techniques, est une rencontre humaine qui repose sur l'échange et le soutien mutuel car elle n'est pas unidirectionnelle. C'est un espace où se construisent le soin et l'accompagnement.

Je vais définir les trois termes selon le Larousse :

- le terme « *relation* » est défini comme un « *caractère, état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existe un rapport* » ou un « *lien d'interdépendance, d'interaction, d'analogie* »
- Le « *soignant* » est celui qui « *prodigue des soins* »
- le « *soigné* » celui qui « *les reçoit.*»

Cette définition simple montre la cohésion des deux parties dans le processus de soin. Dans la relation soignant soigné, il règne une interaction continue, où chaque acteur joue un rôle primordial pour le bien-être de l'autre.

Dans l'ouvrage *La relation soignant-soigné* (Manoukian, 2008), l'auteur décrit cette relation comme une rencontre entre deux individus, deux histoires singulières. D'après Alexandre Manoukian, c'est « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* » (p. 9). C'est un phénomène où chacun entre en contact avec ses propres facteurs psychologiques, sociaux ou physiques. Il faut prendre en compte la singularité de chaque personne dans la relation de soin pour qu'elle se passe au mieux. Chaque relation est unique et influencée par les individus, les spécificités et le contexte dans lequel ils évoluent. Entrer en relation, c'est s'ouvrir à l'autre et accepter de faire face à ses différences. Telles que la personnalité de chacun, ses valeurs, son âge, sa culture, ses représentations, ses croyances, sa posture ou sa tenue vestimentaire. Tous ces éléments ont un impact direct sur la relation soignant soigné. La dynamique de cette relation dépasse les simples échanges verbaux et va s'appuyer sur des éléments non verbaux tels que les gestes ou les expressions faciales. L'affectivité partagée joue un rôle important dans ces interactions et permet de comprendre comment maintenir une relation humaine même dans des contextes difficiles. La communication non verbale, telle que le regard, le toucher ou la posture, sont aussi des éléments essentiels de la relation soignant-soigné.

Il y a également l'aspect d'« *asymétrie* » qui règne entre soignant et soigné. Le soignant détient un savoir, une expertise, et se trouve dans une position de pouvoir par rapport au soigné, qui est en situation de vulnérabilité. Toutefois, cette asymétrie ne doit pas empêcher une relation d'échange et de respect mutuel.

Dans l'ouvrage *Les concepts en sciences infirmières*, au chapitre « *Aide (relation d')* » (Molière, 2012), il est évoqué l'origine de la relation d'aide, concept étroitement lié à la relation soignant-soigné. La relation d'aide se définit comme : « *l'aide psychologique. La relation est le support de l'aide. La relation d'aide, c'est aussi l'engagement dans la voie de*

l'accompagnement. Elle se réfère à la philosophie humaniste. Cette approche tient compte de la prise en charge de la personne ; c'est le prendre soin du sujet. » (p.61-64). C'est un processus d'accompagnement du patient dans lequel le soignant met en œuvre des compétences relationnelles pour le bon déroulement de celle-ci. Cette relation a pour but de favoriser l'autonomie du patient, en l'aidant à exprimer ses besoins, à identifier ses ressources et à prendre des décisions éclairées.

Carl Rogers, psychologue humaniste, introduit la notion de l'approche centrée sur la personne. Selon lui, l'alliance thérapeutique est basée sur plusieurs points : l'empathie, la considération positive inconditionnelle, l'authenticité et la congruence, qui sont au cœur de notre pratique.

- L'empathie : La capacité à se mettre à la place de l'autre, à comprendre ses émotions et ses expériences.
- La considération positive inconditionnelle : L'acceptation du patient tel qu'il est, sans jugement ni condition.
- L'authenticité et la congruence : La capacité du soignant à être lui-même, à exprimer ses propres émotions et pensées de manière sincère et transparente.

Cette faculté de comprendre et d'accueillir les émotions du patient permet de créer une relation authentique et sécurisante, élément indispensable pour apaiser les tensions et renforcer la confiance. L'approche de Carl Rogers montre l'importance du respect de l'autonomie du patient et de la valorisation de ses propres ressources.

La relation soignant-soigné repose donc sur plusieurs caractéristiques telles que l'écoute, l'empathie, le respect et la confiance. Le soignant peut créer une alliance thérapeutique solide avec le patient en développant ses compétences relationnelles ce qui va ainsi favoriser son bien-être et sa guérison.

3.3.2 Qu'est ce que le soin ?

Il me semble important de définir ce que l'on entend par le terme « *soin* ». Au-delà des gestes techniques et des protocoles, le soin engage une dimension humaine profonde, une rencontre entre deux êtres dans un contexte de vulnérabilité.

Je souhaite tout d'abord traiter du texte *Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales* (Worms, 2006). L'auteur met en avant deux concepts essentiels du soin :

- Le soin technique ou médical (le *cure*) : Il s'agit de l'ensemble des actes visant à diagnostiquer, traiter et guérir une maladie ou une blessure. Il est centré sur la pathologie et la recherche de solutions pour la résoudre.
- Le soin relationnel dit « parental » (le *care*) : Il englobe la dimension humaine du soin, l'attention portée au bien-être, au confort et à la dignité du patient. Il est centré sur la personne et sa singularité.

Worms explique que ces deux aspects sont indissociables et complémentaires. Un soin de qualité ne peut se limiter à la technique, il doit également prendre en compte la dimension relationnelle et émotionnelle du patient.

Dans le chapitre *Le care, le caring, le cure et le soignant de l'ouvrage Recherche en soins infirmiers* (Morvillers, 2015), la relation entre le *care* et le *cure* est mise en avant, souvent considérés comme opposés. L'auteur met en avant l'aspect émotionnel du *care*, et comment celui-ci peut s'allier aux exigences techniques des soins grâce au concept de *caring*.

Le *caring* peut être défini comme une attitude de sollicitude, d'empathie et de compassion envers le patient. Cela implique une présence attentive, une écoute active et une volonté de soulager la souffrance. L'auteur évoque que le *caring* n'est pas simplement une affaire de sentiments, mais une compétence professionnelle qui se développe avec l'expérience et la formation. Il permet de donner du sens aux actes techniques, de les humaniser et de les adapter aux besoins spécifiques de chaque patient. Il favorise également la relation de confiance entre le soignant et le soigné, élément essentiel pour une prise en charge efficace.

Le soin ne se réduit pas à une simple application de techniques et de protocoles. Il est avant tout une rencontre humaine, un échange entre deux personnes qui se trouvent dans une situation de vulnérabilité. Le soignant doit être capable de mobiliser à la fois ses compétences techniques et ses qualités humaines pour accompagner le patient sur le chemin de la guérison ou de l'acceptation.

3.3.3 Les limites et les enjeux éthiques de cette relation

Si l'écoute, l'empathie et la responsabilité sont des valeurs essentielles, il est tout aussi important de prendre en compte les aspects potentiellement problématiques qui peuvent surgir dans cette relation si particulière.

La question de la juste distance vue plus tôt dans mon travail se pose. Reprenons l'ouvrage *Distance professionnelle et qualité des soins* (Prayez, 2009), qui évoque cet équilibre entre proximité et recul. Cette "*juste présence*" permet au soignant d'être suffisamment proche du patient pour comprendre ses besoins tout en préservant son propre équilibre émotionnel. La "*juste distance*" est un concept particulier, car elle ne se définit pas une fois pour toutes, mais se façonne selon chaque situation, pour chaque patient, et chaque soignant. Elle est un équilibre, un ajustement entre l'engagement et la protection de soi et d'autrui. D'un côté, une trop grande proximité émotionnelle peut conduire à un épuisement professionnel, à une perte de recul et à une difficulté à prendre des décisions objectives. Le soignant risque alors de se laisser submerger par les émotions du patient, de s'identifier excessivement à sa souffrance et de ne plus être en mesure de lui apporter l'aide dont il a besoin. C'est le risque et cela peut engendrer un état d'épuisement émotionnel et physique lié à l'exposition prolongée à la souffrance d'autrui.

Cependant une distance excessive peut nuire à la qualité de la relation et du soin. Le patient risque de se sentir incompris, non écouté, voire rejeté. Il peut alors perdre confiance dans le soignant et refuser de coopérer au traitement ce qui rend alors la relation soignant-soigné semée d'embûches. C'est le risque d'une relation froide et impersonnelle, où le patient est

réduit à un simple objet de soin, sans que sa dimension humaine soit prise en compte. Cela va donc altérer cette “*alliance thérapeutique*” qui est essentielle au bon déroulement des soins.

La “*juste distance*” implique donc une capacité à se positionner de manière appropriée, à trouver le bon équilibre entre l'empathie et la lucidité, entre l'engagement et la protection. Cela n'est pas forcément simple et implique une connaissance de soi, de ses propres limites et de ses propres émotions, ainsi qu'une capacité à les gérer de manière appropriée. Le soignant est en position de pouvoir par rapport au patient, qui se trouve dans une situation de vulnérabilité. Il est donc important de veiller à ne pas abuser de cette position, de respecter l'autonomie du patient, ses choix et ses valeurs. Le soignant doit également être attentif aux risques de transfert et de contre-transfert, qui peuvent influencer la relation et altérer la qualité du soin.

Passons maintenant à la notion de “*holding*”. Cette notion prend une dimension particulière en contexte de crise. Dans l'ouvrage *A quel soin se fier* (Marin, 2015), l'auteure évoque les pensées de D.W. Winnicott qui introduit le concept. Cela désigne l'ensemble des soins apportés par la mère dans l'enfance pour répondre aux besoins physiologiques et émotionnels de l'enfant, ce qui peut être mis en parallèle avec le soignant qui lui doit offrir une présence constante et contenante au patient. En situation de crise, le patient est particulièrement vulnérable et désorienté. Il a besoin d'un soignant qui puisse lui offrir un espace de sécurité, une présence rassurante et une écoute attentive. Le “*holding*” implique une capacité à contenir les émotions du patient, à l'aider à gérer son anxiété et à retrouver un sentiment de contrôle.

Cependant, il est important de comprendre que le “*holding*” ne signifie pas infantiliser le patient ni le priver de son autonomie. Il s'agit plutôt de lui offrir un soutien temporaire, un cadre sécurisant où il peut se sentir suffisamment fort pour affronter la situation difficile. Le soignant doit être en mesure de s'adapter aux besoins du patient, de respecter son rythme et de l'encourager à exprimer ses émotions.

4 Enquête exploratoire

4.1 Méthode clinique

Pour mon enquête exploratoire, j'ai utilisé la méthode clinique, elle permet de mettre en évidence le fonctionnement de l'être humain dans un processus de santé. Pour moi, cela semblait être la méthode la plus cohérente avec l'objectif de mon travail c'est à dire de comprendre l'impact de la violence sur les émotions et la relation soignant soigné. J'ai souhaité donner une place importante aux récits de mes participants, à leurs vécus parfois marqués par la violence, la peur, la fatigue ou la remise en question. Cette méthode cherche à rendre compte de la vérité du sujet et non une vérité en soi. *“Elle participe à la compréhension de certains phénomènes de soin et/ou de santé liés à la singularité de l'Humain.”* (Eymard, 2003, p58). Le but de la méthode clinique est de travailler à la construction de sens avec Autrui. Le chercheur recueille des données pour accueillir les signes que le sujet accepte de lui livrer, son vécu du phénomène étudié.

Cette méthode permet de mettre en avant l'expérience unique de chacun, influencée par son histoire personnelle, ses émotions, son contexte culturel et relationnel. On cherche à approcher la réalité vécue du sujet dans toute sa singularité, sans prétendre établir une vérité universelle. À travers les entretiens semi-directifs que j'ai réalisés, j'ai cherché à recueillir des signes, des émotions, des perceptions que les soignants acceptaient de me confier, en lien direct avec les phénomènes que je souhaitais explorer. Le traitement qualitatif de ces données m'a permis de faire mon analyse et de chercher du sens dans la parole de chacun. Cela m'a permis de comprendre comment les violences sont vécues, ressenties, digérées ou parfois tues par les soignants.

4.2 Outil utilisé : l'entretien semi-directif

Afin de réaliser mon enquête exploratoire, j'ai fait le choix de réaliser des entretiens semi-directifs. Selon l'article « *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie.* », *Recherche en soins infirmiers*, (2010), un entretien semi-directif est « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances*

favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes » Lincoln, (1995).

C'est une méthode qualitative qui repose sur une trame de questions ouvertes, tout en laissant aux participants la liberté de développer ses idées. Cette méthode servira à recueillir des informations riches et qualitatives par le biais d'échanges avec les soignants sur leurs expériences propres. L'objectif de cette recherche est d'analyser l'impact de la violence sur le soignant, en mettant en avant les mécanismes d'adaptation émotionnelle et relationnelle qu'il mobilise pour préserver la qualité du soin et maintenir une relation thérapeutique avec le patient. La méthode d'interrogatoire est basée sur des questions-guides ouvertes qui abordent des thèmes et des sous thèmes. L'ordre des questions est modulable. Il faut donc avoir des questions inaugurales et des questions qui vont relancer le thème abordé. Le maximum d'authenticité durant l'entretien est recherché.

J'ai pu aborder différents thèmes grâce aux questions préparées en avance, et mes interlocuteurs auront la liberté de développer leurs idées, leurs ressentis et expériences de manière approfondie. Pour ma part, ce type d'entretien me convient au vu de mes thèmes et permet d'avoir le plus d'authenticité possible. Cela me permet donc de comprendre comment les soignants perçoivent, gèrent et intègrent la violence dans leur pratique quotidienne, et en quoi cette réalité influence leur posture, leur vécu émotionnel et la relation soignant-soigné.

Afin d'entamer l'échange, j'ai commencé par présenter mon sujet brièvement, j'ai demandé à l'interlocuteur de se présenter, puis j'ai abordé chacun des thèmes de mon cadre de référence.

4.3 Le guide d'entretien

Mes entretiens semi-directifs ont été structurés par un guide d'entretien avec des questions prédéfinies validé par ma directrice de mémoire. Cela a permis une libre expression et une fluidité des échanges. Mon discours s'est adapté en fonction de la tournure de l'échange et des sujets évoqués. J'ai souhaité que ces interactions soient authentiques et spontanées en se basant sur les problématiques de mon cadre de référence. Vous pouvez retrouver mon guide d'entretien dans les annexes (Annexe I). Il se compose des question suivantes :

- *Généralités* : Pouvez-vous vous présenter ? (année d'obtention du diplôme, expériences professionnelles) Pouvez-vous me parler de votre pratique quotidienne de soin ?
- *Violence* : Avez-vous déjà été confronté à la violence ? Si oui, comment définissez-vous la violence dans votre pratique professionnelle ? Quelles formes de violence avez-vous rencontré ? À quelle fréquence y êtes-vous exposé(e) ? Comment réagissez-vous face à un patient présentant des comportements violents ? (Stratégies d'adaptation, protocoles, contention, communication...)
- *Émotions* : Comment gérez-vous vos émotions face à une situation de violence ou de crise ? (Mécanismes de défense, régulation émotionnelle, soutien de l'équipe...) Pensez-vous que l'expression des émotions dans votre pratique influence votre efficacité en tant que soignant ? Pourquoi ? Quels moyens utilisez-vous pour prendre du recul et préserver votre équilibre professionnel quand vous êtes confronté à une situation émotionnellement éprouvante ?
- *Relation soignant-soigné* : Comment la violence affecte-elle votre manière d'agir avec les patients ? Après une situation de crise, ressentez-vous une difficulté à maintenir une communication et une alliance thérapeutique avec le patient concerné ? Selon vous, quels éléments favorisent une meilleure relation soignant-soigné dans une situation de crise ou de violence ?
- *Fin de l'entretien* : Avez-vous une situation marquante en lien avec la violence ou les émotions que vous souhaitez raconter ? Voulez-vous ajouter un élément ?

Ce sont les questions que j'ai posées, il faut également prendre en considération qu'elles ont pu évoluer au fur et à mesure de mes entretiens afin de comprendre certains points et d'être plus pertinentes dans mon recueil de données.

4.4 Population choisie

La population que j'ai interrogé était composée d'infirmiers diplômés d'Etat. J'ai choisi d'interroger des personnes d'âge, d'expériences et de structures différentes afin d'avoir une diversité et une richesse de réponses. Il n'y a pas eu de restriction au choix des personnes que j'ai interrogées.

4.5 Lieux d'investigation

J'ai décidé d'interroger six infirmiers travaillant au sein de différentes structures. J'ai réalisé deux entretiens en MAS étant donné que ma situation est partie de là, deux entretiens en accueil crise fermé et un seul dans les deux autres lieux : urgences et EHPAD. Je fais ce choix afin d'avoir des points de vue divers et variés. Pour des raisons d'anonymat, les noms des soignants interrogés ont été remplacés par une lettre, les lieux cités durant les entretiens ont également été anonymisés.

J'ai choisi quatre lieux d'investigation. Tout d'abord une maison d'accueil spécialisée : Ma situation de base s'était déroulée dans une MAS, je trouve cela intéressant d'y mener deux entretiens étant donné que les soignants y côtoient des patients présentant des troubles neuropsychiatriques ou des handicaps lourds, un contexte qui est souvent marqué par des comportements de violence. J'ai fait le choix de faire deux entretiens dans deux MAS différentes car ce lieu est le point de départ de ma réflexion, qu'il y a une omniprésence de la violence dans ce contexte, et la spécificité du travail soignant dans ces structures. Cela m'a permis d'obtenir un regard croisé et de confronter deux perceptions.

Un service de psychiatrie de soins sous contrainte : J'ai pu constater par le biais de mon stage du S5 qu'au sein de ce type de service la violence est perçue. Étant donné que ce milieu est souvent confronté à des situations de violence verbale et physique, c'est un contexte pertinent afin d'explorer la manière dont les soignants gèrent leurs émotions et maintiennent la relation soignant-soigné. J'ai pu y faire deux entretiens très enrichissants.

Un service d'urgence : L'imprévisibilité et le stress des urgences expose fréquemment les soignants à des situations de violence pouvant affecter la qualité de leurs interactions avec les patients. J'y ai fait un entretien.

Et enfin un service de gériatrie (EHPAD) : Ce genre de service accueille une population âgée souvent vulnérable avec des pathologies chroniques et des troubles cognitifs. La gestion des comportements agressifs, qu'ils soient liés à la douleur, la confusion ou des troubles neurocognitifs, est un enjeu pour les soignants. Il me semble donc intéressant d'y faire un entretien.

4.6 Mode opératoire

Le mode opératoire utilisé pour recueillir les données nécessaires à mon analyse est l'enregistrement. Les entretiens ont duré entre 25 et 40 minutes, et ont été réalisés dans un cadre calme, permettant un échange confidentiel et respectueux. Chaque participant a été informé du cadre de la recherche, de la confidentialité assurée, et de la possibilité de se retirer à tout moment. Le consentement oral a été recueilli avant chaque entretien et un formulaire Google form a été rempli par chaque participant (Annexe V).

Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants, puis retranscrits manuellement dans leur intégralité. Cela m'a permis de m'imprégner des propos, de repérer les thématiques récurrentes et d'assurer une analyse rigoureuse et fidèle au discours de chacun.

4.7 Les limites de la recherche

Comme dans toute recherche, j'ai rencontré certaines limites dans la réalisation de mon enquête. Tout d'abord, le nombre de participants reste limité. J'ai réalisé six entretiens, ce qui m'a permis de recueillir des vécus riches, mais je sais que cela ne permet pas de refléter toutes les réalités possibles. Chaque service est différent, chaque soignant a son propre vécu, et il aurait été intéressant de pouvoir élargir encore davantage les points de vue. Le fait que les participants aient tous accepté volontairement de témoigner peut aussi influencer les résultats. Peut-être que d'autres professionnels, qui vivent les situations de violence plus difficilement ou qui ne souhaitent pas en parler, n'ont pas été représentés ici.

Je suis aussi consciente que ma posture d'étudiante infirmière a pu jouer un rôle dans les entretiens. Même si j'ai essayé de créer un climat de confiance, certains soignants n'ont peut-être pas osé tout dire, ou au contraire ont pu adapter leur discours à ce qu'ils pensaient que j'attendais. C'était ma première expérience d'entretiens de recherche, donc je sais que ma manière d'écouter, de relancer ou de gérer certains silences aurait pu être améliorée avec plus d'expérience.

Malgré tout, ces échanges ont été très riches et m'ont permis de mieux comprendre ce que vivent les soignants face à la violence. Ce travail m'a déjà beaucoup appris, et je pense qu'il pourrait être poursuivi et approfondi dans un autre cadre.

4.8 Le déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée en plusieurs étapes, sur une période de quelques semaines. Une fois mes objectifs bien définis et mon guide d'entretien rédigé, j'ai commencé par prendre contact avec les structures susceptibles de participer. J'ai ciblé des professionnels travaillant dans différents services afin d'avoir des profils variés et des vécus diversifiés face à la violence. J'ai expliqué à chacun le but de mon travail, le cadre de l'entretien, le respect de la confidentialité et l'anonymat garanti. Tous les participants ont accepté de témoigner de manière volontaire. Nous avons convenu ensemble d'un moment calme, en dehors du temps de soins, pour que l'échange se fasse dans de bonnes conditions.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel, dans des salles à part ou dans un coin calme du service, selon les possibilités. Chaque entretien a été enregistré (avec l'accord de l'interviewé), ce qui m'a ensuite permis de les retranscrire. J'ai pris le temps d'écouter à nouveau chaque échange, de noter les passages forts, les émotions exprimées. La phase de retranscription a été assez longue mais essentielle. Elle m'a permis de m'immerger dans les discours, de mieux sentir les répétitions, les contradictions, les phrases lourdes de sens. C'est à partir de cela que j'ai ensuite pu entrer dans l'analyse croisée, en identifiant des thèmes récurrents, des différences entre les vécus, des liens avec mon cadre théorique.

Cette enquête m'a demandé de sortir de ma zone de confort : oser questionner, écouter sans juger, respecter les émotions parfois très fortes partagées par les soignants. Elle m'a aussi beaucoup appris, autant sur le plan professionnel que personnel.

5 Présentation et analyse des entretiens

5.1 Présentation des entretiens

- Entretien 1 : IDE E en MAS

Le 18 février 2025, j'ai effectué mon premier entretien avec IDE E. Elle a été diplômée en 2014. IDE E a débuté sa carrière en Maison d'Accueil Spécialisée où elle a travaillé pendant environ 5 ans avant de partir en libéral durant 3 ans. Elle est aujourd'hui en poste depuis trois ans et demi dans une unité accueillant des adultes en situation de handicap. Son rôle est centré sur la coordination du suivi médical, le lien entre les équipes et l'organisation des soins. Lors de notre entretien, elle a partagé le fait qu'elle soit confrontée quotidiennement à des violences physiques, auto ou hétéro-agressives, liées aux troubles du comportement des résidents, dont la majorité ne communiquent pas verbalement. La violence est perçue comme une expression de mal-être liée à ces troubles, nécessitant une observation fine pour identifier les causes et prévenir les crises. Chaque résident a un protocole spécifique pour la gestion des crises, et les stratégies pour désamorcer la violence sont individualisées : certains peuvent être apaisés par la parole, d'autres par un retrait d'attention. Elle insiste sur l'importance de la connaissance fine des résidents, du travail en équipe, et de la cohérence des pratiques. Son témoignage met en avant les limites qu'un soignant peut avoir, et la nécessité d'un équilibre entre implication et protection de ses émotions. L'IDE E souligne l'importance de la mise à distance émotionnelle pour ne pas être submergée par la violence, tout en reconnaissant que cela peut être difficile, notamment dans des situations humaines très marquantes, comme la peur qu'elle ressentait lors de sa propre grossesse, où elle a ressenti une vulnérabilité accrue en venant au travail. Elle dit également que malgré l'expérience, certaines scènes restent marquantes et nécessitent un travail de régulation émotionnelle. L'équipe bénéficie de temps réguliers d'analyse des pratiques professionnelles pour échanger sur les situations difficiles et soutenir les soignants. L'entretien montre l'équilibre fragile entre l'implication émotionnelle et la nécessité de se protéger pour pouvoir continuer à accompagner sans se blinder. Il y'a donc nécessité d'un travail d'équipe solide et d'un équilibre personnel pour accompagner au mieux ces résidents complexes, en reconnaissant que la peur ou le stress des soignants est perçu par les résidents et peut aggraver les troubles du comportement.

- Entretien 2 : IDE K en MAS

Le 18 février 2025, j'ai également effectué un deuxième entretien dans une autre MAS. Diplômée en 2010, IDE K a exercé dans différents secteurs, en foyer médicalisé, en EHPAD et en libéral, avant d'intégrer la MAS il y a deux ans. Son quotidien se caractérise par des soins techniques, de la coordination, des réunions, gestion de traitements et transmissions. Dans sa carrière, elle a été très souvent confrontée à la violence, que ce soit en MAS, à domicile ou en EHPAD. Cette violence peut être verbale ou physique, auto-agressive ou dirigée vers autrui, et elle est présente quasiment tous les jours, à des degrés divers. Les comportements violents sont souvent liés aux pathologies des résidents, comme les troubles du comportement ou l'autisme. Pour gérer ces situations, il n'existe pas de protocole strict, mais des adaptations selon chaque résident. L'équipe peut avoir recours à la contention chimique, à la mise en sécurité dans une chambre ou un salon d'apaisement, et dispose d'un dispositif d'alerte pour demander de l'aide en cas de crise. La connaissance des rituels et des habitudes des résidents est essentielle pour prévenir les situations à risque. Des formations spécifiques, notamment sur l'autisme, aident aussi à mieux anticiper et gérer ces comportements. Elle a relaté un épisode de violence physique brutale également. Elle dit avoir ressenti une peur intense, d'un blocage physique, et d'un impact psychologique profond. Ce moment a soulevé en elle une remise en question de sa place dans ce milieu. L'entretien met en évidence l'impact émotionnel profond que peuvent avoir ces situations sur les soignants, jusqu'à affecter leur santé mentale et leur motivation. Elle exprime aussi ses limites face à la répétition de telles situations. Face à la violence, IDE K utilise beaucoup l'humour et la relativisation, ce qui l'aide à prendre du recul et à préserver son équilibre. Elle parle de l'importance de se sentir soutenue, entendue, et de poser des limites pour ne pas sombrer dans un mal-être constant. Elle dit également que ces expériences peuvent parfois laisser des séquelles psychologiques, mais qu'elles permettent aussi de réfléchir à ses ressources personnelles. Elle évoque aussi l'importance de la cohésion d'équipe et de la possibilité de s'écarter afin de ne pas s'épuiser face à la violence au travail.

- Entretien 3 : IDE D en Accueil Crise Fermé

Le 27 Février 2025, j'ai pu faire mon troisième entretien en accueil crise fermé. IDE D, infirmier depuis 2014, possède une grande expérience en psychiatrie, avec dix années de service en milieu fermé. Il a une expérience variée, ayant travaillé dans différents types d'unités et en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Il est également formateur en prévention et gestion de la violence en psychiatrie, référent des étudiants, et a suivi de nombreuses formations. Il apporte un éclairage technique et réfléchi sur le sujet. Dans son service, il accueille principalement des patients en crise, souvent sous contrainte hospitalière, dans un contexte difficile. Il est confronté quotidiennement à différentes formes de violence. L'infirmier aborde une vision très construite de la violence : il la définit comme subjective, dépendant du ressenti de chacun, mais elle reste omniprésente en psychiatrie. Pour gérer la violence, il insiste sur l'importance de l'évaluation de la situation, en tenant compte du contexte, de l'histoire du patient, de ses propres limites, et de l'environnement. Il souligne la nécessité de stratégies de prévention et d'adaptation, principalement non coercitives. Sa posture est marquée par une volonté d'humaniser la relation, tout en assurant la sécurité des soignants et des patients. Son témoignage montre une grande lucidité sur les impacts psychiques du métier, et une forte conscience des outils nécessaires pour se protéger. IDE D évoque la nécessité de prendre du recul, de se former en continu et d'être conscient de ses propres limites pour maintenir une pratique professionnelle saine et sécurisée, tant pour les patients que pour les soignants.

- Entretien 4 : IDE F en Accueil crise fermé

Le 27 Février 2025 j'ai fait un deuxième entretien en accueil crise fermé. Infirmière en psychiatrie depuis 2017, IDE F a exercé dans divers contextes, elle a travaillé d'abord en UMD, puis en unité de soins intensifs psychiatriques, avant de rejoindre une unité d'accueil crise fermé en 2021. Son rôle principal est d'accueillir des patients en crise psychique, souvent désorganisés, parfois violents ou délirants, et de les aider à traverser cette période grâce à des soins relationnels et thérapeutiques visant à stabiliser leur état. Elle identifie plusieurs formes de violence : verbale, psychologique, physique, mais aussi institutionnelle. La violence institutionnelle est, selon elle, vécue quotidiennement, tandis que la violence des

patients est fréquente mais dépend de leur état psychique. Pour gérer ces situations, Floriane a suivi des formations spécialisées sur la gestion de l'agressivité et de la violence, qui lui ont apporté des outils théoriques. Cependant, elle estime que l'expérience et l'échange avec les collègues sont essentiels pour apprendre à se protéger et à désamorcer les situations violentes. Son regard est lucide, critique, mais profondément humain. Au début de sa carrière, elle était plus affectée émotionnellement par la violence, mais avec le temps et l'expérience, elle a appris à contenir ses émotions sur le moment et à les analyser ensuite, notamment grâce au débriefing en équipe et à la verbalisation avec les collègues. Elle souligne l'importance de ces espaces d'échange pour préserver son équilibre professionnel. Elle adapte sa posture professionnelle selon le type de patient et la nature de la violence. Elle estime que la violence psychotique n'affecte pas sa relation avec le patient, tandis que la violence liée à des troubles de la personnalité peut parfois susciter des réactions de rejet, qu'elle apprend à gérer grâce à l'expérience et à l'analyse du contre-transfert. Elle conclut que l'expérience permet de mieux gérer l'impact émotionnel et de préserver la qualité de la prise en charge.

- Entretien 5 : IDE S aux Urgences

Le 2 Mars 2025, je suis allée aux urgences afin d'interviewer une infirmière du service. IDE S est infirmière depuis 18 ans, dont 16 ans aux urgences adultes. Son travail consiste à accueillir les patients, évaluer la gravité de leur état, réaliser des soins sur prescription médicale, gérer la douleur, assurer le confort et l'hygiène, et parfois réorienter les patients si leur situation ne relève pas de l'urgence. Elle souligne aussi un rôle important de soutien psychologique et d'organisation à l'accueil. Elle décrit un environnement rythmé par l'imprévu, le stress et la prise en charge rapide. Concernant la violence, IDE S explique que le personnel des urgences y est fréquemment exposé, sous différentes formes : agressivité liée à l'anxiété, troubles psychiatriques, troubles cognitifs chez les personnes âgées, ou encore violence physique et verbale de patients mécontents ou impatients. Elle-même n'a jamais subi de coups mais a déjà été insultée, menacée ou confrontée à des comportements dégradants. Si elle n'a pas été confrontée à une violence physique directe, elle insiste sur la présence quasi quotidienne de violences verbales, parfois insidieuses. La fréquence de ces violences est élevée : selon elle, chaque soignant aux urgences y est confronté au moins une fois par poste. Face à ces situations, la priorité est la sécurité. Elle insiste sur l'importance de ne pas se mettre en

danger. Elle partage sa stratégie de distanciation émotionnelle : « balayer » les situations perturbantes pour ne pas leur donner trop de poids. IDE S explique que la violence peut impacter la relation soignant-soigné, rendant le contact moins empathique et plus formel après une agression. Elle admet que parfois, il vaut mieux passer le relais à un collègue si le contact est trop difficile. Elle distingue la violence intentionnelle de celle liée à une pathologie psychiatrique ou cognitive, pour laquelle elle fait preuve de plus de compréhension. Elle rappelle que l'adaptabilité ne doit pas être unilatérale : le soignant ne peut pas toujours tout absorber. Il faut avant tout protéger sa santé mentale tout en maintenant une posture professionnelle respectueuse.

- Entretien 6 : IDE M en EHPAD

Le 6 Mars 2025, j'ai réalisé mon dernier entretien en EHPAD. Jeune diplômée, IDE M exerce en EHPAD depuis Octobre. IDE M a été confrontée à différents types de violences (verbale, physique, comportementale), surtout en stage, rarement dans son poste actuel. Elle distingue la violence liée à la pathologie (par exemple, agitation, troubles psychiatriques) de celle qui ne l'est pas (irrespect, agressivité sans cause médicale). Face à la violence, elle privilégie le dialogue, l'isolement temporaire du résident, la recherche de causes (douleur, inconfort, troubles psy) et la concertation avec l'équipe et le médecin pour adapter la prise en charge. Elle exprime une forte implication émotionnelle, parfois vécue comme envahissante et insiste sur la nécessité de garder une juste distance émotionnelle. Il faut faire preuve d'empathie sans se laisser submerger. Elle considère que l'expression des émotions est humaine et qu'il est important de les exprimer en dehors. Elle témoigne d'une réelle volonté d'apprendre à se protéger, tout en gardant son empathie intacte. En conclusion, IDE M évoque la dimension humaine, la gestion des émotions et l'importance du dialogue dans la relation soignant-soigné, surtout face à la violence ou aux situations de crise.

5.2 Analyse des données

Pour l'analyse des données, j'ai réalisé trois tableaux pour chacun de mes concepts (Annexe VI) ce qui m'a permis de réaliser l'analyse qui va suivre.

5.2.1 La violence dans le soin

Perception et définition de la violence

Les entretiens que j'ai menés montrent des conceptions variées et nuancées de la violence dans le soin, traduisant à la fois la complexité et la subjectivité de cette dernière. Ces définitions multiples, entrent dans une réflexion sur la vulnérabilité du soignant et sur les limites du prendre soin dans une relation asymétrique et parfois éprouvante.

L'IDE E exprime que la violence observée chez les personnes accompagnées, en particulier dans le contexte de pathologie telle que l'autisme, n'est pas dirigée contre le soignant : « *Elle n'est pas visée sur... sur le professionnel personnellement [...]. Ça va être vraiment quand ça déborde.* » (l.106-107) Ici, la violence est perçue comme l'expression d'un débordement émotionnel, d'un trop-plein qui s'adresse à l'environnement plus qu'à l'individu. Cela illustre une posture de mise à distance émotionnelle nécessaire pour préserver la relation de soin, qui rejoint la conception d'un soignant capable d'accueillir l'autre de la meilleure des manières. Le soignant est touché, mais il ne doit pas se laisser heurter au point de rompre le prendre soin.

Plusieurs professionnels, comme l'IDE K, distinguent les types de violence selon leur forme : « *Violence verbale, violence physique [...] atteinte à la personne [...], en utilisant un objet.* » (l. 45-48) Ce besoin de catégoriser montre une tentative de maîtriser et d'objectiver le réel, afin de poser des limites et de maintenir une posture professionnelle. Cette organisation du discours rappelle que le prendre soin exige un cadre, à la fois psychique et institutionnel, pour ne pas laisser la violence envahir la relation. Elle répond aussi à la nécessité, dans un contexte de soins, de protéger l'intégrité du soignant, ce qui fait partie intégrante de la reconnaissance de sa propre vulnérabilité.

L'IDE D introduit une dimension fondamentale : la subjectivité du vécu de la violence : « *La violence, c'est ce qui nous heurte [...] c'est subjectif.* » (l. 27-28) Cela montre la place

centrale de la vulnérabilité émotionnelle du soignant. Ce qui fait violence, ce n'est pas uniquement l'acte lui-même, mais ce qu'il provoque en soi. La violence devient ici un écho en soi, une résonance intime. Cela rejoint les réflexions sur la notion d'épreuve existentielle dans le soin, où le professionnel est à la fois acteur et affecté, ce qui l'oblige à repenser ses propres limites. Toujours selon ce même professionnel : « *Il y a une distinction à faire avec l'agressivité. [...] La violence, c'est ce qui nous fait violence.* » (l. 32-33) On voit ici que la violence dans le soin n'est pas uniquement observable ou mesurable ; elle est ressentie, parfois de manière invisible pour l'entourage. Cette idée renforce la nécessité de prendre en compte l'expérience subjective du soignant dans l'évaluation de la qualité de la relation de soin. Elle implique une écoute de soi dans l'acte de soigner, qui constitue une compétence relationnelle en soi.

L'IDE F, quant à elle, élargit le champ de la violence : « *Violence physique, verbale, psychique [...]. Violence institutionnelle [...].* » (l. 24-29) En intégrant la notion de violence institutionnelle, elle évoque les tensions systémiques qui peuvent fragiliser la relation soignant-soigné. Cette violence s'oppose au prendre soin authentique qui implique un engagement humain réciproque, souvent rendu difficile dans des contextes de surcharge, de manque de reconnaissance ou de conditions de travail dégradées. Cela montre que la vulnérabilité du soignant ne dépend pas uniquement du patient, mais aussi du système qui entoure la pratique du soin.

Dans un discours plus clinique, l'IDE S identifie des causes variées à la violence : « *Une personne anxieuse [...], une pathologie psychiatrique [...] ou une violence physique [...] parce qu'on ne répond pas à ses demandes.* » (l. 20-26) Cette pluralité de causes démontre que la violence dans le soin échappe souvent à une logique rationnelle, ce qui peut troubler le soignant dans sa quête de sens et de réponse adaptée. Cela l'oblige à faire appel à une capacité d'adaptation constante, mais aussi à reconnaître sa propre impuissance par moments, ce qui alimente une forme de fragilité professionnelle, intrinsèque à la posture de soignant.

Enfin, l'IDE M évoque une violence parfois indirecte, voire silencieuse : « *Voir de nos yeux certaines choses qui peuvent choquer.* » (l. 25-26) Ici apparaît la violence par le témoin, celle qui ne s'adresse pas directement au soignant mais le heurte par son injustice ou sa brutalité. Cela peut inclure des actes de maltraitance, des manquements institutionnels ou des situations de non-sens thérapeutique. Cette forme de violence, éthique et morale, interroge

profondément le sens du soin et peut altérer l'engagement du professionnel. Elle montre un besoin de soutien collectif et de reconnaissance des émotions éprouvées dans ces moments.

Les soignants interrogés évoquent une violence multiforme, parfois visible, parfois intériorisée, qu'elle soit contextuelle, ou existentielle. Cette diversité reflète non seulement la richesse et la complexité des situations de soin, mais aussi le caractère vulnérable de la posture soignante. La capacité à reconnaître et nommer la violence, à la fois en soi et dans la relation, apparaît alors comme une condition essentielle pour préserver l'éthique du prendre soin, tout en se protégeant soi-même.

Types et fréquence des violences rencontrées

Les propos recueillis montrent une exposition fréquente, voire quotidienne, à différentes formes de violence dans le soin. Les soignants évoluent dans un environnement où la violence, qu'elle soit physique, verbale ou institutionnelle, fait partie intégrante du quotidien. Ce constat fait émerger une tension permanente entre la volonté de prendre soin et les réalités du terrain, où la relation est sans cesse mise à l'épreuve.

Pour l'IDE E, la fréquence de la violence s'inscrit dans une temporalité continue : « *C'est quotidien. [...] On essaye de voir sur quel temps ça ne va pas, qu'est-ce qui se passe.* » (l. 57-1.65) Cette régularité confronte le soignant à une vigilance constante. L'analyse du comportement du résident devient une nécessité pour anticiper, contenir, et comprendre les débordements. Ici, la violence s'inscrit dans une logique de répétition qui altère la qualité de la relation de soin. Le soignant se positionne dans une posture d'observation, mais aussi d'adaptation permanente, révélatrice de la vulnérabilité qu'engendre cette exposition répétée.

L'IDE K évoque une multiplicité de formes de violences : « *[...] passage à l'acte envers les résidents, avec les soignants, envers eux-mêmes.* » (l. 33) La violence ne concerne donc pas uniquement la relation soignant-soigné, elle circule entre les acteurs du soin, traduisant des tensions systémiques. Cette complexité accentue l'instabilité du cadre de soin, qui peine parfois à contenir les manifestations symptomatiques des patients. Le soignant devient alors le point de jonction entre des violences croisées, ce qui le confronte à une charge émotionnelle importante.

Ce constat est confirmé par l'IDE D, qui insiste sur l'omniprésence du risque : « *Si ce n'est pas quotidien, les risques sont quotidiens.* » (1.45) Même en l'absence d'un passage à l'acte immédiat, la possibilité de violence est constamment présente. Cette menace permanente pèse sur la posture soignante, obligeant à mettre en place des stratégies d'anticipation. L'instauration d'un cadre sécurisant devient important, tant pour le patient que pour le professionnel.

Cette instabilité agit sur le soignant comme une pression constante, qui impacte les repères et augmente la charge mentale. L'IDE F évoque quant à elle la violence institutionnelle, vécue quotidiennement : « *Je pense qu'on y est exposée absolument tous les jours. [...] Peut-être pas quotidien, mais quasiment.* » (1.38-42) Cette forme de violence, moins spectaculaire, est profondément enracinée dans l'organisation du travail. Elle se manifeste dans le manque de moyens, le manque de reconnaissance, ou encore dans les contraintes structurelles qui empêchent les soignants de répondre pleinement aux besoins des patients. Elle affecte directement la disponibilité psychique du soignant, fragilisant sa capacité à maintenir une posture de présence authentique dans la relation de soin.

Enfin, l'IDE S replace cette exposition dans un contexte global : « *Tu dois être exposée au moins, une fois sur ton poste.* » (1.58-59) Cette affirmation révèle une normalisation de la violence dans certains environnements comme les urgences, où l'intensité des prises en charge génère un climat propice aux débordements. Là encore, le soignant se trouve en tension entre son intention de prendre soin et une réalité qui le contraint à se protéger.

Ainsi, la diversité des formes de violence et leur fréquence mettent en lumière une souffrance partagée entre patients et soignants. Cette souffrance s'inscrit dans une dynamique relationnelle complexe, où le cadre de soin, lorsqu'il n'est pas suffisamment soutenant, peut devenir lui-même un terrain de violence. La vulnérabilité du soignant se trouve alors renforcée, affectant directement la qualité de la relation soignant-soigné.

Postures et réactions face à la violence

La violence fait partie intégrante du soin, même si elle reste difficile à vivre et à anticiper. Qu'elle soit physique ou verbale, dirigée vers autrui ou tournée contre soi, elle nécessite des ajustements constants de la part des soignants. Chaque professionnel développe, au fil du

temps, sa propre manière d'y faire face, entre protection de soi, accompagnement de l'utilisateur et respect du cadre institutionnel. Les entretiens que j'ai menés m'ont permis de saisir toute la complexité de ces situations et de mieux comprendre les stratégies concrètes adoptées sur le terrain.

Face à la violence dans les soins, les soignants adoptent des stratégies diverses, modulées par l'intensité de la situation, le type de patient, les ressources disponibles, mais aussi par leur propre expérience et formation. Ces réponses relèvent autant de réflexes de protection que d'une approche relationnelle et soignante visant la désescalade. L'un des premiers leviers évoqués est la communication, lorsque celle-ci est possible.

L'IDE E distingue notamment la manière d'intervenir selon que le résident est verbal ou non. Cela dépend du type de communication possible avec le résident. Avec un résident capable d'exprimer verbalement sa frustration, « *le but, c'est de l'écouter, d'entendre ce qui l'énerve* » (l.86), explique-t-elle, précisant que « *la parole, on va réussir à temporiser et à apaiser* » l. 85-86). La parole devient ici un outil thérapeutique de pacification et cela permet de désamorcer des tensions. En revanche, chez des résidents non verbaux, le langage est parfois un facteur aggravant, pouvant même « *générer davantage de la violence* » (l.89). Dans ce cas, le soignant privilégie alors une posture de retrait, dans une logique de désescalade sensorielle : « *on se retire de leur champ de vision, il n'y a plus de stimuli autour donc du coup, petit à petit ça se calme.* » (l.91-92)

D'autres professionnels mobilisent des outils organisationnels et protocolaires. L'IDE K évoque IDE K met quant à elle l'accent sur les ressources institutionnelles disponibles en cas de crise. Ces solutions de repli tels que « *l'administration de si besoins en injectable* » (l.66), la « *mise en chambre de sécurité* » (l. 67-68), ou encore l'utilisation du « *DATP* » (l.76), un dispositif d'alerte pour signaler des situations critiques sont souvent utilisés. Ce témoignage montre l'importance de la coordination entre les soignants, le médecin et l'organisation globale pour garantir à la fois la sécurité du résident et celle des équipes. Ces méthodes de gestion de crise doivent garantir la sécurité du patient et des équipes.

Cependant, la plupart insistent sur l'importance d'une évaluation fine de la situation en amont de toute intervention. Le discours de IDE D m'a particulièrement marquée par sa réflexion sur la posture à adopter face à la violence. Pour lui, « *la clé, c'est l'évaluation. C'est le regard que*

tu vas porter sur la situation. » Il insiste sur l'importance de la pacification, selon lui c'est la première réponse à adopter. Cela suppose une posture d'écoute, de recentrage sur la personne violente, pour tenter de saisir "*sa demande*", même lorsqu'elle ne peut être formulée verbalement. La violence devient ici un symptôme à décoder plus qu'un acte à réprimer. C'est une manière de se centrer sur l'autre pour tenter de comprendre ce que son comportement exprime : « *Parce que son comportement peut induire implicitement une demande qu'il n'arrive pas à formuler.* » (1.93) Il souligne que "*l'intervention physique est tout en haut de ta pyramide*" (1.108-109) et ne doit jamais être une première intention. Il replace ainsi la relation au cœur même de la gestion de la violence, en insistant sur la nécessité d'identifier la cause sous-jacente du comportement, plutôt que de se précipiter vers une réponse physique ou défensive.

La formation et l'expérience sont également identifiées comme des ressources fondamentales. De son côté, IDE F, forte de huit années d'expérience, évoque deux piliers essentiels : « *Le premier point qui t'aide pour la gérer, c'est la formation. Et le deuxième point, c'est l'expérience.* » (1.49-50) Elle explique qu'avec le temps, elle a appris à se protéger, à différer certaines réactions ou à les pacifier selon les situations. Ce recul professionnel lui permet de faire face aux violences avec davantage de calme et d'assurance sans tomber dans l'affrontement, et de préserver la relation soignante.

IDE S rejoint cette idée de protection de soi. Pour elle, il est fondamental de ne pas s'exposer inutilement : « *En aucun cas, il faut s'exposer. Il faut toujours avoir une distance de sécurité.* » (1.66-67) Elle décrit une posture prudente mais réfléchie, qui consiste à se rapprocher doucement, à observer, et à alerter la sécurité si besoin. Son témoignage montre une dimension importante de la gestion de la violence : reconnaître ses limites et préserver son intégrité physique et psychique. Cette posture défensive n'est pas un renoncement au soin, mais une manière de le rendre possible sans mettre en péril l'intégrité du soignant.

Enfin, l'IDE M rappelle un principe fondamental, souvent mis à mal dans l'urgence. Le soignant ne doit pas perdre de vue le cœur de sa mission : "*on essaye de réfléchir sur le bien-être et le confort, premièrement*" (1.41) . J'ai trouvé cette phrase profondément humaine. Elle montre que même quand la violence prend le dessus, il reste possible d'agir avec une intention bienveillante, en continuant à penser le soin. Une manière de rappeler que malgré les tensions, la posture soignante reste guidée par une éthique du "*prendre soin*". La gestion de la

violence dans les soins peut parfois être complexe. Il n'y a pas de réponse unique, mais une palette d'outils, de postures, de stratégies qui s'adaptent selon la personne, la situation, le niveau de communication et l'expérience du professionnel. Ce qui en ressort avec force, c'est que la violence, si elle est parfois inévitable, n'est jamais banalisée. Elle appelle à la vigilance, à l'humilité, et surtout à une capacité d'adaptation constante.

5.2.2 Les émotions dans le soin

La gestion émotionnelle face à la crise ou à la violence

Être confronté à des situations de crise ou à de la violence implique inévitablement une mobilisation émotionnelle intense. Même si, en tant que soignants, nous sommes formés à garder notre sang-froid, nos émotions sont là, parfois en surface, parfois enfouies sous les automatismes professionnels. Ce que j'ai compris à travers les entretiens, c'est que chacun, en fonction de son expérience, de sa personnalité et de son histoire professionnelle, développe sa propre manière de gérer ces tempêtes intérieures.

IDE E, par exemple, m'a parlé de l'importance des temps d'analyse des pratiques professionnelles, ces espaces d'échange où la parole libère ce que l'on a vécu dans l'action : « *On a des temps d'analyse des pratiques professionnelles [...] ça te permet de prendre un peu de distance sur la situation.* » (l.101-103) Pour elle, c'est ce recul qui permet de digérer ce qui a été vécu et d'en faire quelque chose de constructif, plutôt que de le subir silencieusement.

IDE K, de son côté, adopte une posture beaucoup plus spontanée et légère. Elle m'a confié que pour elle, c'est l'humour qui joue un rôle fondamental dans sa manière de relativiser les situations violentes : « *Moi, c'est le rire. [...] Je relativise beaucoup. Et par l'humour.* » (l.103-107) Cette réponse m'a surprise et en même temps touchée : elle révèle que parfois, le rire peut être une forme de résistance, un bouclier contre le poids émotionnel du quotidien.

IDE D, quant à lui, m'a parlé avec beaucoup de justesse de ce qu'il appelle une réaction instinctive. Face à la violence, il me dit : « *C'est assez automatisé maintenant. Pour moi, la base, c'est qu'on soit tous en sécurité. [...] Tu as l'adrénaline, donc tu agis vite, tu réfléchis plus vite. [...] Tu peux fuir, tu peux foncer, tu peux figer. [...] Moi, c'est foncer. Mais pas foncer tête baissée non plus, parce que je suis cérébral.* » (l.150-154 et l.159-160) J'ai trouvé

ce témoignage très fort, car il traduit à la fois une réactivité corporelle immédiate et une capacité à rester lucide dans l'action. Il incarne l'émotion et le professionnalisme.

IDE F, avec plusieurs années d'expérience, m'a dit que le temps joue un rôle déterminant. Pour elle, les émotions ne disparaissent pas, mais on apprend à les canaliser : « *Je pense qu'avec l'expérience et les formations, tu développes des choses pour pouvoir les canaliser et les analyser par la suite. [...] Les émotions, on les contient parce qu'on est dans le monde professionnel et parce qu'on a l'expérience pour le faire.* » (1.65-66 et 1.72-73) Cette capacité à contenir et à analyser à distance est souvent invisible, mais elle constitue une force essentielle dans notre métier.

IDE S, elle aussi, insiste sur la nécessité de garder le contrôle, même dans les moments les plus intenses : « *Tu essaies de garder la tête froide [...] On est beaucoup dans la catharsis : soit on débrieft, soit on parle avec nos collègues. [...] Il y a même la cellule psychologique.* » (1.74, 1.76-77) J'ai trouvé important qu'elle évoque le soutien entre collègues, la parole, le partage, comme autant de moyens de libérer les émotions sans qu'elles ne débordent dans le soin. C'est une forme de régulation collective, où chacun prend soin de l'autre.

Enfin, IDE M aborde la gestion émotionnelle sous un angle un peu différent, davantage axé sur le cadre professionnel. Elle m'a expliqué que face à un résident qui présente des comportements mal placés ou instables, elle garde une posture ferme : « *Je le prends en considération. Si c'est des sauts d'humeur soudains ou un comportement mal placé du résident, je l'isole et je le rappelle à l'ordre. Je pose un cadre.* » (1.53-55) Mais elle souligne que lorsque la violence vient d'un collègue, alors elle verbalise après coup : « *Si c'est un membre de l'équipe qui est violent, là, je verbalise après.* » (1.67) Son témoignage montre que gérer ses émotions, c'est aussi savoir quand et comment les exprimer, selon la personne et le contexte.

Ce que je retiens de ces échanges, c'est que la gestion émotionnelle ne se résume pas à « ne rien ressentir ». Au contraire, elle repose sur ce que l'on vit, la capacité à mettre des mots sur les émotions, ou à les canaliser intelligemment. Cela passe par des temps de parole, de réflexion, de recul, mais aussi par des stratégies plus personnelles : humour, instinct, cadre, soutien de l'équipe... Être soignant, c'est être traversé par l'émotion, mais sans jamais se laisser submerger.

Place et impact des émotions dans l'efficacité du soin

Dans la relation de soin, les émotions sont omniprésentes. Elles traversent les soignants, influencent leur posture, affectent leur disponibilité psychique et modulent la qualité du lien avec le patient. Loin d'être de simples réactions secondaires, elles constituent une composante essentielle de l'expérience soignante. Ce que les entretiens m'ont appris, c'est que ces émotions, si elles ne sont pas reconnues et régulées, peuvent altérer l'efficacité du soin mais qu'elles peuvent aussi, lorsqu'elles sont comprises et intégrées, devenir une véritable force.

Pour certains soignants, la mise à distance émotionnelle est essentielle. IDE E le dit clairement : « *Je pense que si on ne peut pas mettre à distance, je pense que c'est très compliqué.* » (1.149) Dans certaines situations, notamment face à la violence, il devient nécessaire de prendre du recul pour garder une posture professionnelle, éviter la sur-réaction, et continuer à soigner avec objectivité. Ne pas réussir à prendre cette distance, c'est risquer de se laisser submerger, voire de perdre sa capacité d'action.

Mais à l'inverse, d'autres soignants estiment qu'il ne faut pas nier ou rejeter ses émotions, car elles sont révélatrices de notre humanité et de notre implication dans la relation. IDE D, avec une grande lucidité, affirme : « *Moi, je pense que c'est une force, parce qu'il ne faut pas les nier non plus. [...] La force, ça va être de reconnaître son propre fonctionnement. [...] Les patients le sentent aussi.* » (1.232-233 et 1.235) Cette réflexion m'a beaucoup marquée. Elle montre que l'émotion, lorsqu'elle est reconnue, devient un outil de lecture de soi et de la relation. Le patient, surtout en psychiatrie, capte ce qui se joue chez le soignant : une émotion non dite peut paradoxalement devenir plus nuisible qu'une émotion assumée.

C'est là qu'intervient une autre dimension importante : la compréhension de la situation comme régulateur émotionnel. IDE K apporte un regard différent : « *Je pense pas, honnêtement je pense pas, parce que du coup... comme je sais pourquoi il y a cette violence [...] j'arrive vite à relativiser.* » (1.163-166) Cela m'a fait réfléchir sur la manière dont la connaissance du patient, la compréhension du trouble, ou même l'habitude du terrain peuvent permettre une mise à distance plus naturelle. En comprenant les causes de la violence, cette IDE n'est pas dans la réaction émotionnelle immédiate, mais dans une posture apaisée, où l'émotion est déjà contenue par le sens donné à la situation. Cela ne veut pas dire qu'elle ne ressent rien, mais qu'elle sait l'intégrer sans que cela altère son positionnement.

Ce travail d'intégration émotionnelle, pour être possible, suppose aussi des espaces de parole. IDE F en témoigne : « *Ce n'est pas forcément le moment pour les verbaliser à l'instant T. [...] Mais sur les temps de débrief, c'est une force de pouvoir les verbaliser. [...] si tu les verbalises, tu les décharges* » (1.92-93-94) Cela me semble essentiel. Sans extériorisation, l'émotion reste en suspens, et peut polluer les soins suivants. C'est ce que j'ai parfois ressenti après des situations difficiles en stage : ne pas avoir l'occasion d'en parler, c'est rester chargée émotionnellement, parfois sans même s'en rendre compte.

Quand cette charge devient trop lourde, elle peut finir par altérer la qualité de la relation, comme le dit IDE S : « *La relation soignant-soigné va être forcément impactée. [...] On est là pour vous, en fait non, je fais juste mon job.* » (1.107-108 et 1.110) Cette phrase m'a aussi marquée. Elle montre bien que lorsqu'on est envahi émotionnellement, on peut glisser dans une forme de retrait relationnel, de déshumanisation du soin, où l'on se réfugie dans le rôle prescrit pour se protéger. L'efficacité technique est maintenue, mais la qualité humaine de la relation, elle, se décompose.

Enfin, IDE M résume avec justesse ce fragile équilibre : « *Les émotions, c'est humain. [...] Il faut un juste milieu.* » (1.71 et 77-78) Elle insiste sur l'importance de l'acceptation, mais aussi de la gestion, en insistant sur le fait que le soignant n'est pas un robot, mais un être sensible. C'est cette juste distance émotionnelle qui permet de rester en lien avec soi, tout en étant disponible pour l'autre.

En conclusion, ce que j'ai compris à travers ces témoignages, c'est que les émotions sont inévitables et même nécessaires. Elles peuvent être un moteur de soin si elles sont accueillies, nommées et régulées. À l'inverse, refoulées ou niées, elles peuvent devenir un frein, une barrière dans la relation, voire une source de souffrance pour le soignant lui-même. Travailler avec ses émotions, c'est finalement aussi prendre soin de soi pour mieux prendre soin de l'autre.

Équilibre émotionnel et ressources mobilisées

Face à la répétition des situations de violence, de détresse ou de souffrance, le soignant se retrouve souvent dans une position émotionnellement sollicitée. Il ne s'agit pas seulement de vivre l'instant de la relation, mais aussi de gérer ce qu'elle fait émerger en soi. Trouver un

équilibre émotionnel devient alors une nécessité pour durer dans le soin, sans s'abîmer. C'est ce que les différents entretiens ont montré : derrière chaque posture professionnelle, il y a des stratégies personnelles, conscientes ou non, pour préserver son intégrité psychique.

IDE E l'exprime avec beaucoup de justesse : « *Faut réussir ouais à trouver son équilibre. [...] humainement, ça renvoie à des choses qui sont, qui sont compliquées.* » (l.172 et l.190) Cela m'a permis de comprendre que l'équilibre émotionnel n'est pas une donnée fixe, mais un processus dynamique. Il demande de la vigilance, de l'adaptation, et parfois même des renoncements. Cette IDE souligne également la difficulté à "couper" après la journée : « *Moi, souvent, quand je rentre à la maison le soir, il y a certaines situations que je ne peux pas couper totalement.* » (l.192) Malgré la mise à distance, il reste une part de ce vécu qui nous poursuit, preuve que la frontière entre la sphère professionnelle et personnelle n'est jamais totalement imperméable.

Pour certains soignants, cet équilibre passe par des ressources extérieures, des "soupapes" qui permettent de libérer la tension accumulée. IDE K, par exemple, parle avec simplicité mais efficacité des moyens qu'elle mobilise : « *Il y a de l'humour, j'en parle chez moi à mon mari... et puis du sport, moi j'aime bien faire du sport aussi. Ça décharge, ça libère...* » (l.195-198) Ces pratiques, aussi banales puissent-elles paraître, sont en réalité primordiales.

La régulation émotionnelle ne repose toutefois pas uniquement sur des mécanismes individuels : la parole et le collectif jouent un rôle central. IDE D insiste sur ce point : « *Déjà, l'auto-analyse. Sauf que ce n'est pas du tout suffisant. Il y a le dialogue avec tes pairs. [...] Ça s'appelle aussi, tu peux dire, le defusing.* » (l.277-278) J'ai découvert à travers ses mots l'importance des temps de débriefing, même informels. Pouvoir verbaliser à chaud ce que l'on a vécu, dans un espace de confiance, permet de prendre du recul et de ne pas laisser l'émotion s'ancrer en profondeur. Parler, c'est déjà commencer à digérer.

IDE F partage une vision similaire, tout en y ajoutant la notion d'expérience et de temporalité : « *Moi, j'ai besoin d'en parler. [...] Mais il y a beaucoup moins de situations qui m'impactent maintenant qu'avant. C'est mon expérience et c'est ma capacité à pouvoir le décharger rapidement.* » (l.109-110 et 115-116) Ce témoignage m'a permis de comprendre que le temps joue en notre faveur, si l'on prend soin de soi. À force de pratique, on apprend à mieux identifier ce qui nous touche, et donc à mieux s'en protéger.

D'autres soignants évoquent aussi des ancrages personnels. IDE S, par exemple, parle de sa famille, de ses enfants, du sport, comme autant de piliers de son équilibre : « *Je ne suis pas quelqu'un qui garde ses émotions et tout ça. Moi, je parle. [...] À un moment donné, je rentre chez moi, c'est bon, ce qui s'est passé reste au travail.* » (1.150-151 et 1.154) Cette capacité à poser des limites claires entre le travail et la vie privée, est une ressource précieuse. Elle permet de ne pas tout ramener chez soi, de ne pas tout intérioriser, de se préserver.

Enfin, IDE M résume en quelques mots une démarche que je trouve essentielle : « *Mettre des mots sur ce qui s'est passé. Pas rester indifférente ou laisser passer la chose.* » (1.84-85) Cela rejoint l'idée que nommer, c'est déjà soigner. Ne pas faire silence sur ce que l'on vit, ne pas banaliser, ne pas passer à autre chose sans un minimum d'élaboration, c'est se donner les moyens de rester pleinement présent, sans s'effondrer.

Ce que je retiens de l'ensemble de ces échanges, c'est que l'équilibre émotionnel n'est ni inné, ni définitif. Il se construit chaque jour, dans la conscience de soi, dans la parole partagée, et dans le soin que l'on se porte à soi-même. Il ne s'agit pas seulement d'une absence de trouble, mais d'un état de bien-être physique, mental et social. Pour continuer à prendre soin des autres, il faut donc, d'abord, apprendre à prendre soin de soi.

5.2.3 La relation soignant-soigné

L'alliance thérapeutique après une crise

Quand une crise éclate dans la relation de soin, elle laisse rarement la relation intacte. En tant que soignante, j'ai constaté que ces moments de rupture par leur intensité émotionnelle ou leur brutalité viennent profondément fragiliser le lien tissé avec le patient. C'est une relation qui repose sur la confiance, la sécurité et la continuité. La crise peut marquer une perte momentanée de confiance, ou même, dans certains cas, une mise à distance nécessaire pour se protéger.

IDE E exprime très bien cette fragilisation : « *Ça peut être compliqué, on réagit tous différemment... [...] et des fois, il nous faut un peu de temps. [...] On essaye de faire les choses par étapes dans le temps pour que la confiance elle puisse se regagner aussi.* » (1.238-239 et 1.244-245) Cette idée de reconstruction progressive m'a fait réfléchir à ce que signifie vraiment le temps thérapeutique. Après une crise, on ne peut pas reprendre la relation

là où elle s'était arrêtée comme si de rien n'était. Il faut accepter de repartir de plus loin, avec plus de prudence, parfois même avec un peu de distance émotionnelle pour préserver l'alliance sans s'y brûler. Même si la relation est mise à mal, elle n'est pas forcément rompue. Elle peut se reconstruire, à condition d'être en accord avec les repères du patient souvent à travers des temps de plaisir ou de calme partagé.

À l'inverse, IDE K déclare simplement : « *Non, pas vraiment.* » (l.214) Cette réponse m'a interpellée. Elle montre que certains soignants ne perçoivent pas de répercussions sur la relation, peut-être parce qu'ils parviennent à neutraliser l'impact émotionnel ou à compartimenter la relation thérapeutique. L'impact semble inexistant ou minimisé. Cela peut aussi être une forme de défense, une manière de ne pas laisser la crise toucher l'investissement relationnel. Mais je me demande s'il est vraiment possible de rester totalement imperméable à ce qui vient heurter la relation. Cela dépend sûrement de l'expérience, de la posture, mais aussi de la nature du lien créé avec le patient avant la crise.

IDE D rappelle l'importance de ne pas occulter la crise : « *La reprise des événements, ça sert à ne pas faire comme si rien ne s'était passé.* » (l.333-334) Ce besoin de revisiter la scène, de la remettre en mots, est essentiel à mes yeux. Car ne pas en parler, c'est risquer de creuser un fossé, un non-dit qui rend la relation difficile. Reprendre les événements, c'est justement réparer et parfois recréer le lien sur de nouvelles bases, plus sincères.

IDE F, elle, souligne que la nature de la pathologie joue un rôle déterminant dans la façon dont la violence est vécue : « *Quand c'est un patient psychotique, la violence n'est pas dirigée. Quand c'est un patient avec un trouble de la personnalité, ça peut l'être. [...] Donc tu vas veiller à ta posture professionnelle et à la juste distance.* » (l.161-163 et l.164-165) Ce positionnement m'a fait prendre conscience qu'on ajuste spontanément notre lien en fonction du sens que l'on donne au comportement du patient. Lorsqu'il est perçu comme involontaire, on accepte plus facilement, on garde l'alliance vivante. Mais lorsqu'il est ressenti comme une attaque, on se protège et cela peut créer une prise de distance relationnelle, parfois même une forme de retrait émotionnel. D'où la vigilance constante à garder une juste distance relationnelle, ni trop proche, ni trop distante.

IDE S va encore plus loin en affirmant : « *À ce moment-là, la confiance, elle est rompue [...] dans le cas de celui qui, de manière intentionnelle et violente.* » (l.168-169) Cette idée que

l'intention perçue modifie la relation m'a beaucoup marquée. Elle révèle combien la confiance repose sur une forme de compréhension mutuelle. Lorsque la violence semble gratuite ou volontaire, la blessure relationnelle est plus profonde, et l'alliance thérapeutique peut en sortir brisée. A contrario, chez les patients désorientés ou atteints de troubles cognitifs, la relation est plus facilement préservée car on reconnaît que leur comportement échappe à leur contrôle.

IDE M aborde une réaction que je trouve très humaine : « *Si ce n'est pas quelque chose de connu chez lui, [...] ça va changer ma façon de le soigner. Pas en mal, juste de faire comprendre, au lieu de rigoler et faire comme si tout va bien.* » (1.91, 92, 93) Cela montre bien que la relation n'est pas détruite, mais qu'elle se transforme. Le soignant prend une posture plus contenante, plus cadrante, comme pour signifier que la confiance a été ébranlée, mais que le soin continue malgré tout dans un cadre différent. Elle ne parle pas de maltraitance ou de rejet, mais d'un ajustement dans la posture. Il ne s'agit pas de "punir", mais plutôt de ne pas faire "comme si de rien n'était". Cette attitude m'a marquée car elle permet de préserver sa propre intégrité, tout en maintenant la qualité du soin, dans le respect de la relation.

Ce que je retiens de ces différents témoignages, c'est que l'alliance thérapeutique est à la fois fragile et résiliente. Elle peut être fissurée par une crise, mise à distance pour se protéger, voire interrompue temporairement. Mais elle peut aussi se reconstruire, à condition d'être retravaillée convenablement. Faire comme si rien ne s'était passé, c'est nier la blessure pour le soignant comme pour le patient. Alors que nommer, ajuster, temporiser, c'est continuer à prendre soin... mais autrement, avec lucidité et humanité.

Facteurs facilitant la relation soignant soigné

Si la relation soignant-soigné peut se fragiliser à la suite d'une crise, elle repose aussi sur des fondations solides qui permettent de l'établir, de la renforcer, voire de la réparer. À travers les différents entretiens, plusieurs facteurs facilitateurs ont émergé : la connaissance du patient, la communication, le travail en équipe, et surtout, la conscience que le soignant a de lui-même.

IDE E évoque de façon simple mais essentielle « *la connaissance du résident* » (1.266). Cette phrase, bien que brève, m'a marquée. Elle rappelle que la qualité de la relation dépend avant

tout d'un lien individualisé, d'un temps d'observation et d'écoute, et d'une capacité à comprendre l'autre au-delà de ses symptômes. Plus on connaît le patient dans son histoire, son quotidien, ses habitudes et ses angoisses, plus on peut ajuster notre posture et éviter les malentendus ou tensions inutiles.

IDE K poursuit dans ce sens en ajoutant : « *connaître bien le patient [...] et connaître tes limites aussi.* » (l.246-247) Cette double connaissance de l'autre et de soi m'apparaît comme un pilier. Elle demande une posture d'humilité : savoir que l'on ne peut pas tout gérer, tout absorber, et que reconnaître ses propres limites, ce n'est pas fuir, mais protéger la relation. Cela m'a fait réfléchir à mes propres réactions, à ces moments où, faute de recul, j'ai pu interpréter un comportement du patient comme personnel. Alors qu'en réalité, c'était peut-être simplement un appel, une manière d'exprimer son mal-être.

IDE D résume très bien cette nécessité d'alignement intérieur : « *Être conscient de son fonctionnement, de ses limites. [...] La pacification. [...] Et le travail en équipe.* » (l. 346, 358) La pacification, ce n'est pas juste le calme apparent, c'est un positionnement, une intention de ne pas entrer dans la réaction impulsive. C'est aussi faire le choix du collectif, du soutien entre collègues pour désamorcer les tensions, relire les situations à plusieurs voix, et parfois, simplement pour ne pas rester seule avec l'impact émotionnel d'un soin difficile.

La communication revient comme un fil rouge dans plusieurs témoignages. IDE F affirme : « *L'analyse clinique du soignant [...] au mieux elle est juste, au mieux la situation sera gérée calmement.* » (l.191-193) Cela me montre que la relation se construit aussi dans la justesse de l'interprétation. Comprendre les signaux faibles, anticiper une angoisse, lire un changement de comportement, cela permet de prévenir plutôt que de subir. L'analyse clinique ne sert pas qu'à poser un diagnostic, elle est une clé relationnelle.

IDE S insiste aussi sur la communication, de manière très concrète : « *Il faut tout expliquer aux patients. [...] Même un délai, il faut le dire.* » (l.198-199) Cela m'a rappelé combien la transparence, même dans les petites choses, peut apaiser. Le non-dit, l'attente sans mot, le silence face à une frustration peuvent être vécus comme des abandons. Expliquer, c'est reconnaître l'autre, c'est lui donner une place active dans le soin.

Enfin, IDE M propose des outils concrets : « *Discuter, parler, poser des mots. [...] L'entretien formel, l'entretien informel.* » (l.113-114) Ces entretiens, qu'ils soient prévus ou spontanés, sont des espaces de lien, où le soignant et le soigné peuvent se retrouver autrement que dans l'acte technique. Ce sont des moments de relation pure, où le soin passe par la parole, par l'attention portée à l'histoire de l'autre. Dans ces instants, j'ai souvent perçu que quelque chose se jouait : une confiance se tissait, une colère se déposait, une peur était reconnue.

Ce que je retiens de ces témoignages, c'est que la relation soignant-soigné est un équilibre sensible, fait de connaissances, de communication, et de présence authentique. Elle demande du temps, de la vigilance, mais surtout une implication humaine profonde. Ce n'est pas une compétence technique, c'est une attitude de soin.

5.3 Synthèse de l'enquête exploratoire

Les six entretiens que j'ai pu mener m'ont permis d'avoir une vue d'ensemble de la perception de la violence dans le soin et son impact sur les émotions et la relation soignant soigné. Ces échanges ont révélé à quel point la violence, peu importe la forme qu'elle prend, est une réalité fréquente dans le milieu de soin. Elle peut influencer les émotions des soignants ainsi que la qualité de la relation avec les patients.

Grâce à la diversité des situations évoquées et les contextes variés j'ai pu comprendre la complexité de la violence, les émotions intenses qu'elle suscite, et les conséquences sur la relation entre soignants et patients. L'analyse que j'ai pu faire a montré que ces trois concepts sont étroitement liés. La violence agit directement sur les émotions des soignants et peut fragiliser, voire transformer la relation avec les patients.

La violence est perçue par les infirmiers comme une réalité omniprésente mais qui prend des formes très diverses, selon les contextes et les profils des patients. Par exemple, en maison d'accueil spécialisée, elle est souvent associée à des troubles du comportement chez des patients non verbaux ou à des déficits cognitifs, rendant la violence plus difficile à anticiper et à verbaliser. Dans les services d'urgences, la violence est davantage liée à l'imprévisibilité des situations, au stress ambiant ou à la détresse des patients et de leurs proches. Les soignants que j'ai interrogés insistent sur le fait que la violence n'est pas toujours intentionnelle. Elle ne se limite pas à des agressions physiques. Elle est souvent une expression d'un mal-être profond, d'une souffrance psychique ou d'une frustration. Cette compréhension vise à ne pas

réduire la violence à une simple agression, mais à la considérer comme un signal que l'on doit décrypter. Cela nécessite une posture d'observation de qualité et une écoute attentive. Pour gérer cette violence, les infirmiers m'ont exposé des stratégies variées telles que la communication, la mise en place de protocoles individualisés, voire à la contention physique en dernier recours. Ces pratiques demandent un équilibre entre la sécurité, le respect de la dignité du patient et la protection des soignants eux-mêmes. Mais la violence engendre des traces importantes sur les soignants. Cela peut être une fatigue psychique importante, un stress et parfois un sentiment d'impuissance qui peuvent impacter la posture professionnelle et la motivation au travail. Cette violence remet en question leur rôle et les pousse à trouver un équilibre pour ne pas être impacté.

Les émotions sont très présentes dans la gestion des situations violentes. Les infirmiers évoquent des ressentis intenses : peur face à l'agression, colère face à l'injustice ou à l'impuissance, frustration liée à la difficulté de maîtriser la situation, mais aussi culpabilité lorsqu'ils estiment ne pas avoir su prévenir ou gérer une crise. Ces émotions peuvent déstabiliser les soignants et rendre difficile le maintien d'une posture professionnelle calme et sécurisante. La gestion émotionnelle devient alors un combat que chaque soignant se doit d'affronter et qui nécessite de développer des compétences spécifiques. Les infirmiers évoquent la nécessité de se distancier émotionnellement sans pour autant se déshumaniser ni perdre leur empathie. Cette régulation émotionnelle s'appuie sur l'expérience, la formation continue, mais aussi sur le soutien de l'équipe et les temps d'analyse des pratiques, qui vont être des espaces pour exprimer les émotions, partager les vécus et éviter l'isolement. Certaines situations personnelles, comme la grossesse ou la fatigue accumulée, augmentent la vulnérabilité émotionnelle des soignants, rendant la gestion plus difficile et renforçant le besoin d'un accompagnement adapté. Par ailleurs, les infirmiers soulignent l'importance de comprendre les émotions du patient violent, souvent liées à la peur, à la douleur ou à la frustration, pour mieux adapter leur posture et désamorcer la violence. Si l'on ne comprend pas les émotions d'autrui, il est difficile d'agir en conséquence.

La violence impacte également la relation soignant-soigné, la rendant parfois fragile, conflictuelle, voire rompue par moment. Pourtant, cette relation reste un levier principal pour la qualité des soins, la sécurité et la satisfaction des patients comme des soignants. Les infirmiers insistent sur l'importance d'une posture professionnelle adaptée, qui repose sur une

bonne connaissance du patient, une communication adaptée aux situations rencontrées, la cohérence des pratiques et le respect mutuel. Cette posture exige une écoute active et une capacité d'adaptation constante aux besoins et comportements du patient. Ils me font part également que leur propre état émotionnel influence directement la relation : un stress ou une peur non maîtrisée peut aggraver les comportements agressifs, tandis qu'une posture empathique et maîtrisée peut contribuer à désamorcer la violence et à restaurer un climat de confiance. Enfin, la relation soignant-soigné est à la fois riche et fragile, certains éléments sont maîtrisables, comme la posture et les compétences du soignant, tandis que d'autres dépendent du contexte ou du patient et restent imprévisibles. Dans ce contexte, les infirmiers doivent faire preuve d'adaptabilité, rester attentifs en permanence et savoir se remettre en question pour garantir une prise en charge de qualité.

Cette enquête exploratoire m'a donc permis de mettre en évidence que la violence, les émotions et la relation soignant-soigné sont étroitement liés dans la pratique infirmière et influencent directement la manière de soigner. Dans de nombreuses situations, la violence reflète une détresse que le soignant doit savoir repérer et accompagner avec une posture bienveillante. Les émotions, qu'elles viennent du patient ou du soignant, influencent fortement la façon de prendre soin et doivent être accueillies de la bonne manière afin de ne pas fragiliser le lien. Enfin, la relation soignant-soigné est indispensable pour instaurer un climat de confiance et de sécurité, bien qu'elle puisse être fragilisée par la violence. On comprend à travers cette analyse que la posture du soignant est au cœur de l'équilibre entre gestion de la violence, régulation émotionnelle et qualité de la relation. Cela met en évidence l'importance de former et d'accompagner les professionnels pour qu'ils développent des compétences relationnelles solides et savent adapter leur posture aux réalités du terrain.

6 De la problématique à la question de recherche

L'analyse thématique des entretiens réalisés auprès des professionnels de santé sur le terrain m'a permis d'enrichir le travail que j'ai mené. Ma question de départ était : « **En quoi les situations de violence dans le soin peuvent-elles impacter les émotions des soignants et influencer la qualité de la relation soignant soigné ?** » La question de la violence dans le soin, et plus précisément de son impact sur les émotions des soignants et la qualité de la

relation soignant-soigné m'a paru importante après la situation que j'ai vécu en première année.

Au fil de mon expérience professionnelle, j'ai constaté que les émotions des soignants, jouent un rôle important dans la manière dont ils perçoivent et vivent les situations de violence. Ces situations, qu'elles soient physiques, verbales, psychologiques ou institutionnelles, fragilisent la relation soignant-soigné. Une relation pourtant fondamentale dans le processus thérapeutique. Cette réflexion m'a conduite à m'interroger sur la manière dont la violence dans le soin influence non seulement les émotions vécues des professionnels, mais aussi la qualité de la prise en charge et du lien avec le patient.

La littérature distingue plusieurs formes de violence dans le soin : physique, psychologique, verbale et institutionnelle comme nous l'avons vu (*Les concepts en sciences infirmières Poujouly M-C., 2012, et l'OMS*). Ces violences sont parfois visibles comme les agressions physiques ou les insultes mais sont souvent insidieuses. Dans mon cadre de référence nous avons vu que Claire Marin (*L'homme sans fièvre, 2013*) insiste sur la « violence silencieuse » du système de soins, qui réduit le patient à un objet médical. Elle écrit : « *S'il y a une part de violence inhérente au soin médical, qui fait son efficacité thérapeutique, il convient de la distinguer d'un autre type de violence, que l'on pourrait caractériser de parasite [...]*

lorsqu'il est accompagné de paroles humiliantes, d'ironie blessante, lorsque la manipulation, faite sans égards, traduit l'agacement, l'indifférence ou le mépris du soignant. ». (p105-106).

Dans les entretiens que j'ai menés plusieurs soignants ont évoqué des gestes qui, sans être brutaux en apparence, ont été vécus comme violents par les patients. Certains professionnels reconnaissent que dans des contextes de stress ou de surcharge, il leur arrive d'agir mécaniquement, sans égard particulier pour la personne, ce qui peut être interprété comme une forme d'indifférence ou de froideur. Ainsi, la violence ne se résume pas à l'agression visible : elle est aussi présente dans les non-dits, les gestes répétés sans attention, les silences ou les paroles maladroitement. Elle devient alors cette violence parasite.

Mon enquête confirme la présence de ces différentes formes de violence. Les soignants témoignent d'agressions verbales et physiques, en particulier dans les services d'urgences, psychiatrie et gériatrie. Beaucoup évoquent une violence institutionnelle marquée par la surcharge de travail, le manque de moyens, les procédures rigides qui les empêchent de

prendre le temps d'écouter ou d'accompagner humainement les patients. Certains évoquent un climat de tension permanent, où la moindre frustration peut dégénérer. La théorie rejoint ici la réalité : la violence dans le soin ne se limite pas à l'acte en lui-même, elle est aussi diffuse, quotidienne et parfois même banalisée. Cependant, l'analyse de terrain montre que la violence institutionnelle est souvent vécue comme la plus difficile à supporter, car elle agit lentement et altère au fil du temps la motivation et le sens du métier.

Nous avons vu que dans leur étude Maslach & Leiter (2016) et le podcast de France Culture, (2024) les conséquences de la violence sur la santé mentale des soignants. L'épuisement, l'anxiété, le stress post-traumatique, le désengagement. Nous avons également traité avec Bergeret la violence fondamentale qui peut générer des réactions de défense, voire des attitudes déshumanisantes. Il écrit, en s'appuyant sur Freud : *« le point de départ de l'agressivité apparaît comme « antérieur à l'amour » ; il correspondrait à une angoisse causée par le « monde extérieur » et déclenchant des mouvements de défense du Moi pour se « maintenir et s'affirmer » (p253) et il parle aussi d'un « instinct primaire purement défensif de la vie et ne connotant ni vectorisation objectale encore précise ni capacité d'amour ou de haine. » (p206).* Ces défenses primaires et vitales se réactivent face à la violence ressentie dans le soin et peuvent engendrer un repli affectif. Les témoignages que j'ai pu recueillir illustrent parfaitement ces effets. Nombreux sont les soignants qui décrivent un ressenti émotionnel fort après un épisode violent, de la peur, de la colère, de la frustration. Certains évoquent une sorte de « carapace » ou de « blindage émotionnel » : pour se protéger, ils deviennent plus distants, moins empathiques, ce qui dégrade la relation soignant-soigné.

Dans *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital* (Mercadier, 2020) , elle exprime très clairement ces émotions : *« la joie, le plaisir sont des denrées rares à l'hôpital; ils semblent être insuffisants pour compenser un vécu émotionnel rempli de dégoût, de honte, de colère, de peur et de tristesse. » (p.68).* Ainsi, on voit que les effets qui sont décrits dans le cadre de référence sont confirmés dans l'analyse. Ils montrent un mécanisme de protection psychique face à cette répétition du phénomène.

L'épuisement est fréquent, avec des conséquences sur la qualité des soins, la motivation et parfois l'envie de quitter le métier. Cet épuisement est alimenté par la répétition des violences et le manque de soutien ce qui conduit les soignants à se protéger. Dans mon cadre théorique

Prayez décrit cette posture comme une : « distance “hyperdéfensive” qui le coupe de ses ressentis, créant un “blindage” qui annule la relation. Cette distance sans implication tend à dénier toute subjectivité à l’autre, à le considérer comme un objet de soin, à nier la réalité de sa souffrance. » (*Distance professionnelle et qualité des soins*, Prayez, 2009, p26). Ce processus est confirmé dans mes entretiens : plusieurs soignants expliquent qu’à force d’être exposé, ils agissent mécaniquement. Il est évoqué aussi la « neutralité émotionnelle. » (p.203) qui sert à maintenir une stabilité mais qui peut paradoxalement conduire à une relation déshumanisée. L'analyse de terrain montre l'intensité de la souffrance émotionnelle qui est souvent sous-estimée par l'institution.

Enfin dans *Le gouvernement des émotions*, Le Coz (2014) écrit que les émotions sont influencées par des facteurs externes comme les normes sociales et les attentes institutionnelles et qu’elles ne sont jamais totalement gouvernées par notre propre volonté. Il écrit : « Si nous étions capables de gouverner nos émotions par un “libre arbitre”, nous ne comprendrions plus pourquoi il nous est si souvent difficile de suivre nos propres résolutions sans céder à nos penchants affectifs. » (p.32). Le vécu des soignants met en évidence la difficulté à concilier exigence d'empathie et nécessité de se protéger.

La relation soignant-soigné est présentée comme un espace d'écoute, d'empathie et de collaboration. Dans l’ouvrage *Les concepts en sciences infirmières*, au chapitre « Aide (relation d’) » (Molière, 2012), nous avons vu que la relation d'aide se définit comme : « l’aide psychologique. La relation est le support de l’aide. La relation d’aide, c’est aussi l’engagement dans la voie de l’accompagnement. Elle se réfère à la philosophie humaniste. Cette approche tient compte de la prise en charge de la personne ; c’est le prendre soin du sujet. » (p.61-64). Cette dimension de la relation va être mise à mal par la violence. Qu'elle soit subie ou ressentie, la fragilise : elle peut conduire à une relation froide, routinière, voire déshumanisée comme nous l’explique Claire Marin. Dans la pratique, les soignants racontent que les situations de violence les poussent à se répliquer, à limiter les échanges, voire à éviter certains patients. La confiance et la qualité de la relation sont altérées, ce qui va nuire à la prise en charge et à la satisfaction des patients. Faute de temps, de moyens ou de soutien, certains soignants peuvent être amenés à adopter des stratégies de défense, telles que l’évitement ou la distance émotionnelle afin de préserver leur propre bien-être.

Dans mon cadre théorique j'aborde *Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales* (Worms, 2006). L'auteur distingue dans le soin deux dimensions : Worms explique que le cure et le care sont deux aspects indissociables et complémentaires. Il affirme qu'un soin ne peut se limiter à l'aspect médical mais doit aussi intégrer la dimension relationnelle et émotionnelle. Mais dans les témoignages recueillis on observe que les violences vont venir déséquilibrer cette cohésion entre cure et care. L'idéal professionnel se confronte à la réalité : la violence constante altère la dynamique de la relation soignant-soigné.

L'analyse de terrain montre que les soignants aspirent à retrouver du sens et de l'humanité dans leur pratique, mais se sentent souvent impuissants face aux contraintes institutionnelles. La comparaison entre le cadre de référence et l'analyse sur le terrain montre que les formes de violence décrites dans la littérature sont bien présentes sur le terrain. Cependant, la souffrance émotionnelle des soignants est particulièrement marquante bien plus que ne laisse supposer la littérature. L'impact sur les émotions des soignants est considérable, et c'est ce qui va entraîner des répercussions directes sur la relation soignant-soigné et la qualité des soins. Le décalage entre l'idéal soignant et la réalité vécue génère de la frustration, désengagement et une perte de sens. Ce constat conduit à interroger plus précisément les formes d'adaptation développées par les soignants face à cette répétition de la violence, notamment le retrait affectif.

Au regard des éléments de mon cadre de référence, de l'analyse des entretiens, et de mon vécu professionnel, j'émet l'hypothèse suivante : La répétition des violence dans les soins, peu importe la forme qu'elle prend, entraîne chez les soignants un processus de protection émotionnelle qui se manifeste par un retrait affectif dans la relation soignant-soigné. Ce retrait, souvent inconscient ou vécu comme une nécessité pour tenir dans le temps, devient un mécanisme d'adaptation face à une souffrance non prise en compte. Il permet au soignant de se préserver, mais peut compromettre la qualité du lien thérapeutique, la communication avec le patient, et l'éthique du « prendre soin ».

Si ce retrait permet aux professionnels de maintenir leur capacité d'action dans un contexte perçu comme agressif ou insécurisant, il affecte néanmoins la qualité de la relation soignant-soigné, socle fondamental du prendre soin. Il nuit à la création d'un lien de confiance, il réduit les interactions entre soignant et soigné, et peut générer chez le patient un

sentiment d'abandon ou de déshumanisation. Ce retrait émotionnel pourrait constituer une forme de réponse à un système de soins brutalisé, dans lequel les soignants ont du mal à concilier l'exigence d'humanité et la nécessité de se préserver. De plus, il me semble essentiel d'identifier des pistes d'amélioration pour mieux soutenir les soignants dans leur pratique quotidienne. Cela pourrait passer par une formation plus approfondie à la gestion émotionnelle, par la création d'espaces de parole réguliers mais aussi par une reconnaissance institutionnelle plus claire des souffrances liées à la violence. Il s'agirait non seulement de prévenir l'épuisement et le désengagement, mais aussi de faire de la dimension relationnelle le levier principal de la relation de soin, même dans les environnements les plus contraints

Par conséquent, j'en viens à ma question de recherche qui est la suivante :

« Comment la répétition des violences dans le soin conduit-elle les soignants à développer des formes de retrait affectif dans la relation soignant-soigné et quelles pistes d'amélioration peuvent être envisagées pour soutenir cette relation dans un contexte marqué par la violence ? »

Conclusion

Ainsi s'achève mon travail de fin d'étude que j'ai débuté il y a bientôt un an. J'ai longtemps cherché, réfléchi, hésité... avant de comprendre que le sujet qui me touchait le plus était en réalité déjà là, sous mes yeux. Ce travail de recherche est né d'un questionnement personnel et professionnel, issu d'une situation marquante vécue en stage, confrontée à la violence dans le soin. Face à cette expérience, j'ai été amenée à m'interroger sur les répercussions de ces violences sur les émotions des soignants, et plus largement, sur la qualité de la relation soignant-soigné.

Sensible et investie, j'ai tendance à me laisser traverser par ce que je vis avec tout mon cœur. Je suis facilement submergée par mes émotions. L'aboutissement de ce travail annonce également la fin de mes trois années d'études à l'IFSI, trois années riches en apprentissage, en remise en question et en découverte. Elles ont façonné ma confiance en moi et renforcé mon désir de devenir une infirmière à la fois compétente et bienveillante.

Comme je l'ai énoncé plus tôt, ce travail de recherche a démarré d'une situation vécue en première année qui m'a marqué. Mon questionnement est né, puis ma question de départ a vu le jour : « **En quoi les situations de violence dans le soin peuvent-elles impacter les émotions des soignants et influencer la qualité de la relation soignant soigné ?** ». De là j'ai commencé à m'intéresser à ce que nous disaient les auteurs. J'ai donc élaboré mon cadre de référence à partir de mes lectures, elles m'ont aidé à m'éclairer sur le sujet et j'ai pu développer ma réflexion autour de ma question de départ et mes trois concepts. J'ai utilisé des ouvrages, podcasts, et d'articles. Cela m'a permis d'analyser l'impact de la violence sur les émotions et la relation soignant-soigné et d'avoir des opinions diverses et variées. Ensuite, j'ai dû réaliser des entretiens avec différents infirmiers qui m'ont offert également une perspective sur ces concepts-là.

L'objectif de mon travail a été de comprendre comment les soignants vivent ces situations, quelles stratégies ils utilisent pour préserver la qualité de la relation thérapeutique et comment les émotions peuvent devenir des ressources pour eux car elles sont souvent perçues comme des vulnérabilités. J'ai pu enrichir ma réflexion sur la violence et son impact sur les émotions et la relation de soin. Grâce à tous ces éléments, je suis parvenue à construire mon guide

d'entretien. Ce guide m'a permis de rencontrer des infirmiers et de les interroger sur le terrain en rapport avec mon sujet.

Par la suite, j'ai analysé mes entretiens et j'ai pu ressortir les grandes idées pour chacun de mes trois concepts. J'ai ensuite mis en parallèle le cadre de référence c'est-à-dire la théorie et mes entretiens, la réalité du terrain. La problématique est indispensable car elle met en avant les différents points de vue de chacun, que ce soit les auteurs ou les interviewés. Cela m'a permis ensuite d'aller plus loin. Les soignants qui doivent "prendre soin", sont contraints de se protéger au détriment de la relation, dans un contexte parfois difficile. Il me semble donc important de repenser l'accompagnement émotionnel des professionnels de santé, afin de leur permettre d'exercer leur métier sans s'abîmer et de ne pas en arriver à un repli affectif.

A travers mon travail, j'ai souhaité identifier les conséquences de la violence mais aussi des pistes d'amélioration afin de soutenir les soignants dans leur pratique quotidienne. Ceci dans le but d'une meilleure prise en compte des dimensions relationnelles et émotionnelles dans les soins et qui pourra contribuer à une pratique infirmière adaptée dans les contextes marqués par la violence.

En ouvrant cette réflexion, je prends conscience que la gestion des émotions et la prévention de la violence ne peuvent pas reposer uniquement sur les soignants eux-mêmes. Ce n'est pas qu'une responsabilité individuelle, mais bien une problématique large qui concerne aussi l'organisation du système de soin. Dans une perspective future, il faut questionner les dispositifs mis en place par les institutions, notamment concernant le soutien des équipes et la formation à la relation de soin en contexte de violence. C'est pourquoi ma question de recherche est celle-ci : **« Comment la répétition des violences dans le soin conduit-elle les soignants à développer des formes de retrait affectif dans la relation soignant-soigné et quelles pistes d'amélioration peuvent être envisagées pour soutenir cette relation dans un contexte marqué par la violence ? »**

Ce questionnement s'inscrit dans la perspective de mon futur métier d'infirmière et également de ma future spécialisation en tant qu'infirmière anesthésiste. Dans un environnement aussi technique et exigeant que celui de l'anesthésie et de la réanimation, il est important de conjuguer les compétences techniques, la gestion émotionnelle et les relations humaines pour accompagner au mieux les patients dans des situations particulières voire critiques.

En ouverture, ce travail pourrait également inspirer une réflexion plus large sur l'impact des conditions de travail et des environnements complexes auxquels un soignant peut être confronté, au-delà de la violence subie. Ces réalités ne touchent pas seulement la qualité de soin mais elles traversent aussi l'âme de ceux qui les prodiguent. Elles façonnent l'équilibre intérieur des soignants. Selon moi, il faut reconnaître pleinement ces dimensions invisibles afin d'imaginer un soin non seulement efficace mais aussi humain. Un soin qui, au-delà des protocoles, cherche à rencontrer l'autre, toucher son âme avec douceur et humanité sans se contenter de guérir le corps.

Bibliographie

- Bergeret, J.-L.** (2014). *La violence fondamentale : L'inépuisable Oedipe*. Dunod.
- Benarosch, J.** (2017). Transfert et contre-transfert dans l'accompagnement vers les soins. *Pratiques en santé mentale*, 43(3), 49-53.
- Canguilhem, G.** (2013). *Le normal et le pathologique*. Presses universitaires de France. <https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/le-normal-et-le-pathologique--9782130619505-page-289?lang=fr>
- CNV France.** (n.d.). Qu'est-ce que la communication non violente ? Association pour la Communication NonViolente. <https://cnvfrance.fr/communication-non-violente/>
- Crémieux, F., Ridel, D., Bailleul, B., & Andrzejewski, C.** (2024). Violences à l'hôpital : comment protéger la mission de soin ? [Podcast] sur France Culture. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/le-temps-du-debat-d-ete/violences-a-l-hopital-al-comment-proteger-la-mission-de-soin-6524112>
- Fernandez, L.** (2012). Émotion. In M. Formarier & L. Jovic (Eds.), *Les concepts en sciences infirmières* (2nd ed., pp. 164-167). Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Fiszman, M.** (2009). L'Autre chez Lévinas : une vision utopique de l'humain ? *La Chaîne d'Union*, (48), 62-67. <https://shs.cairn.info/revue-la-chaine-d-union-2009-2-page-62?lang=fr>
- Guillemette, J., & Boudreau, D.** (2009). Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers : Une analyse évolutionnaire de concept. *Revue Recherche en Soins Infirmiers*, 2(34), 34-43.
- Haute Autorité de Santé. (2016).** Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence [Outil 05] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_05_desamorçage.pdf
- Imbert, G.** (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34. Association de Recherche en

<https://shs.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2010-3-page-23?lang=fr>

Larousse. (n.d.). *Émotion*. Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/emotion/28829>

Larousse. (n.d.). *Relation, soignant, soigné*. Dans le dictionnaire Larousse en ligne.
<https://www.larousse.fr>

Le Coz, P. (2014). *Le gouvernement des émotions : L'art de déjouer les manipulations émotionnelles*. Albin Michel

Légifrance. (s.d.). *Article L3222-5-1 du Code de la santé publique*.
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031918948

Magpantay-Monroe, E. R. (2015). Exploring the emotional intelligence of Florence Nightingale. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2(2), 107-111. Disponible sur
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2347562521003632>

Manoukian, A. (2008). *La relation soignant-soigné*. Éditions Lamarre.

Marin, C. (2013). *Hors de moi : roman*. Paris : J'ai lu.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111.
<https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Masseron, J.-C., & Nion, N. (2023). *Rapport sur la sécurité des professionnels de santé : Assurer des conditions de soins sécurisées pour les soignants et les patients* (p. 89). Ministère de la Santé et de la Prévention.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_securite_des_professionnels_de_sante.pdf

Mazoyer, M. (2023). Fiche 1. Les émotions dans le soin. *Réussir le semestre 4 et 5 IFSI*. Cairn.info
<https://stm.cairn.info/reussir-tout-le-semestre-4-et-5-ifs-i-9782311662443-page-323>

Ministère de la Santé. (2002). *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015>

Molière, F. (2012). Aide (relation d'). Dans M. Formarier & L. Jovic (Dir.), *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd., pp. 61-64). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://stm-cairn-info.lama.univ-amu.fr/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-61?lang=fr>

Morvillers, J.-M. (2015). Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherches en soins infirmiers*, 3, 77-81. <https://shs.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-77?lang=fr>

Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Santé mentale : Nouvelle conception, approche et stratégie d'action*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67410/a77101_fre.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (n.d.). Santé mentale : Renforcer notre réponse. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Pariseau-Legault, P., Vallée-Ouimet, S., Jacob, J. D., & Goulet, M.-H. (2020). Intégration des droits humains dans la pratique du personnel infirmier faisant usage de coercition en santé mentale : recension systématique des écrits et méta-ethnographie. *Recherche en Soins Infirmiers*, 3, 53-76. <https://shs.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2020-3-page-53?lang=fr>

Poujouly, M.-C. (2012). Violence. In M. Formarier & L. Jovic (Dirs.), *Les concepts en sciences infirmières* (2e éd., pp. 302–304). Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Prayez, P. (2009). *Distance professionnelle et qualité de soin* (2e éd., C. Sliwka, Coord.). Éditions Lamarre.

Svandra, P. (2016). Repenser l'éthique avec Paul Ricœur : Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice. *Recherche en soins infirmiers*, 19-28. <https://shs.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2016-1-page-19?lang=fr>

Winnicott, D. W. (1970). *Cure*. In C. Marin & F. Worms (dir.), *À quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott* (2015, pp. 19-38). Paris : Presses Universitaires de France, coll. « Questions de soin ».
<https://shs-cairn-info.lama.univ-amu.fr/a-quel-soin-se-fier-conversations-avec-winnicott--9782130631453?lang=fr>

Worms, F. (2006). Les deux concepts du soin. *Vie, médecine, relations morales*.

Annexes

Table des annexes

Annexe I : Grille d'entretien	1
Annexe II : Demandes d'autorisation d'entretiens	3
Annexe III : Autorisation de la direction des soins	10
Annexe IV : retranscription littérale des entretiens	14
Annexe V : Formulaire de consentement des personnes interviewées	77
Annexe VI : Grilles d'analyse	83
Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude	99

Annexe I : Grille d'entretien

Grille d'entretien validée par ma directrice de mémoire :

Thèmes	Ce que je veux savoir	Quelle question je vais poser
Généralités	Avoir un aperçu du parcours soignant	- Pouvez-vous vous présenter (année d'obtention du diplôme, expériences professionnelles) ? - Pouvez-vous me parler de votre pratique quotidienne de soin ?
Violence	Comprendre la perception de la violence et la définition de celle-ci chez les soignants dans leur pratique.	- Avez-vous déjà été confronté à la violence ? Si oui, comment définissez-vous la violence dans votre pratique professionnelle ?
	Identifier les types de violences rencontrées.	- Quelles formes de violence avez-vous rencontré ? À quelle fréquence y êtes-vous exposé(e) ?
	Explorer les stratégies et protocoles mis en place face aux situations de violence.	- Comment réagissez-vous face à un patient présentant des comportements violents ? (Stratégies d'adaptation, protocoles, contention, communication...)
Emotions	Analyser l'impact des émotions sur la posture professionnelle et la PEC.	- Comment gérez-vous vos émotions face à une situation de violence ou de crise ? (Mécanismes de défense, régulation émotionnelle, soutien de l'équipe...)
	Évaluer si l'expression des émotions est une force ou une vulnérabilité dans le soin.	- Pensez-vous que l'expression des émotions dans votre pratique influence votre efficacité en tant que soignant ? Pourquoi ?
	Comment le soignant fait face à l'impact émotionnel des situations difficiles ?	- Quels moyens utilisez-vous pour prendre du recul et préserver votre équilibre professionnel quand vous êtes confronté à une

	Quelles sont ses ressources ?	situation émotionnellement éprouvante ?
Relation soignant-soigné	Comprendre comment un épisode de violence peut altérer la relation thérapeutique.	- Comment la violence affecte-elle votre manière d’agir avec les patients ?
	Comment la violence impacte la relation de confiance et la communication ?	- Après une situation de crise, ressentez-vous une difficulté à maintenir une communication et une alliance thérapeutique avec le patient concerné ?
	Quels sont les leviers pour améliorer la relation dans ces contextes ?	- Selon vous, quels éléments favorisent une meilleure relation soignant-soigné dans une situation de crise ou de violence ?
Fin de l’entretien	Clôturer l’échange en offrant une ouverture au participant	- Avez-vous une situation marquante en lien avec la violence et les émotions que vous souhaitez raconter ? - Voulez-vous ajouter un élément ?

Annexe II : Demandes d'autorisation d'entretiens

Annexe II.I : Demande d'autorisation aux urgences



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. NACEUR Manel
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : [REDACTED]

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : [REDACTED]
Mail : [REDACTED]

Avignon, le 12 Février 2025

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : Urgences

auprès de la(des) population(s) : Infirmiers / Infirmières

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'impact de la violence dans le soin sur les émotions des soignants la relation soignant-soigné.

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.
Pouvez-vous vous présenter (année d'obtention du diplôme, expériences professionnelles) ? Pouvez-vous me parler de votre pratique quotidienne de soin ? Avez-vous déjà été confronté à la violence ? Si oui, comment définissez-vous la violence dans votre pratique professionnelle ? Quelles formes de violence avez-vous rencontré ? A quelle fréquence y êtes-vous exposé(e) ? Comment réagissez-vous face à un patient présentant des comportements violents ? Comment gérez-vous vos émotions face à une situation de violence ou de crise ? Pensez-vous que l'expression des émotions dans votre pratique influence votre efficacité en tant que soignant ? Pourquoi ? Quels moyens utilisez-vous pour prendre du recul et préserver votre équilibre professionnel quand vous êtes confronté à une situation émotionnellement éprouvante ? Comment la violence affecte-t-elle votre manière d'agir avec les patients ? Après une situation de crise, ressentez-vous une difficulté à maintenir une communication et une alliance thérapeutique avec le patient concerné ? Selon vous, quels éléments favorisent une meilleure relation soignant-soigné dans une situation de crise ou de violence ? Avez-vous une situation marquante en lien avec la violence ou les émotions que vous souhaitez raconter ? Voulez-vous ajouter un élément ?

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

Annexe II.II : Demande d'autorisation en MAS



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. Naceur Manel
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : [REDACTED]

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone [REDACTED]
Mail : [REDACTED]

Avignon, le 12 Février 2025

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : Maison d'accueil spécialisée

auprès de la(des) population(s) : Infirmières / Infirmiers

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'impact de la violence dans le soin sur les émotions et la relation soignant-soigné.

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

Pouvez-vous vous présenter (année d'obtention du diplôme, expériences professionnelles) ? Pouvez-vous me parler de votre pratique quotidienne de soin ? Avez-vous déjà été confronté à la violence ? Si oui, comment définissez-vous la violence dans votre pratique professionnelle ? Quelles formes de violence avez-vous rencontré ? À quelle fréquence y êtes-vous exposé(e) ? Comment réagissez-vous face à un patient présentant des comportements violents ? Comment gérez-vous vos émotions face à une situation de violence ou de crise ? Pensez-vous que l'expression des émotions dans votre pratique influence votre efficacité en tant que soignant ? Pourquoi ? Quels moyens utilisez-vous pour prendre du recul et préserver votre équilibre professionnel quand vous êtes confronté à une situation émotionnellement éprouvante ? Comment la violence affecte-t-elle votre manière d'agir avec les patients ? Après une situation de crise, ressentez-vous une difficulté à maintenir une communication et une alliance thérapeutique avec le patient concerné ? Selon vous, quels éléments favorisent une meilleure relation soignant-soigné dans une situation de crise ou de violence ? Avez-vous une situation marquante en lien avec la violence ou les émotions que vous souhaitez raconter ? Voulez-vous ajouter un élément ?

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

Demande d'entretien pour TFE



Lettre de...MAS.pdf



NACEUR Manel

A :

Cc : SCHILTZ Sylvia



↳ Répondre

↳ Répondre à tous

↳ Transférer



Mer 12/02/2025 12:43



Lettre de demande d'entretie...
132 Ko

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous recontacter, ayant omis d'inclure la Maison d'Accueil Spécialisée dans mon précédent mail concernant ma demande d'autorisation pour réaliser des entretiens. Veuillez m'excuser pour cet oubli.

Étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du GIPES d'Avignon, je me permets de vous solliciter afin d'obtenir l'autorisation de réaliser des entretiens dans le service de maison d'accueil spécialisé auprès des infirmiers et infirmières, dans le cadre de mon travail de fin d'études.

Mon mémoire porte sur l'impact des situations de violence dans le soin sur les émotions des soignants et la qualité de la relation soignant-soigné. Afin d'approfondir cette réflexion, je souhaiterais recueillir les témoignages de professionnels exerçant dans ce service et confrontés à ces situations au quotidien.

Vous trouverez en pièce jointe le guide d'entretien validé par ma directrice de mémoire. Celui-ci est uniquement destiné à vous donner un aperçu du cadre de mon étude. Afin de préserver la spontanéité des échanges, il serait préférable que les soignants ne prennent pas connaissance des questions avant les entretiens s'il vous plaît.

Par ailleurs, ces entretiens seront enregistrés afin de garantir une retranscription fidèle des échanges. Bien entendu, les participants seront informés au préalable et leur accord sera recueilli avant tout enregistrement, dans le respect des règles éthiques et de confidentialité.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et pour convenir d'un éventuel rendez-vous selon les disponibilités du service.

En vous remerciant par avance pour l'attention portée à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

Cordialement,

NACEUR Manel
ESI 3A du GIPES d'Avignon

Annexe II.III : Demande d'autorisation en Accueil crise fermé



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. ...NACEUR.Manel.....
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse [REDACTED]

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : [REDACTED]
Mail : [REDACTED]

Avignon, le12.Février 2025.....

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : ... Accueil Crise Fermé

auprès de la(des) population(s) : ... Infirmiers / Infirmières

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'impact de la violence dans le soin sur les émotions des soignants la relation soignant-soigné.

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

Pouvez-vous vous présenter (année d'obtention du diplôme, expériences professionnelles) ? Pouvez-vous me parler de votre pratique quotidienne de soin ? Avez-vous déjà été confronté à la violence ? Si oui, comment définissez-vous la violence dans votre pratique professionnelle ? Quelles formes de violence avez-vous rencontré ? À quelle fréquence y êtes-vous exposé(e) ? Comment réagissez-vous face à un patient présentant des comportements violents ? Comment gérez-vous vos émotions face à une situation de violence ou de crise ? Pensez-vous que l'expression des émotions dans votre pratique influence votre efficacité en tant que soignant ? Pourquoi ? Quels moyens utilisez-vous pour prendre du recul et préserver votre équilibre professionnel quand vous êtes confronté à une situation émotionnellement éprouvante ? Comment la violence affecte-t-elle votre manière d'agir avec les patients ? Après une situation de crise, ressentez-vous une difficulté à maintenir une communication et une alliance thérapeutique avec le patient concerné ? Selon vous, quels éléments favorisent une meilleure relation soignant-soigné dans une situation de crise ou de violence ? Avez-vous une situation marquante en lien avec la violence ou les émotions que vous souhaitez raconter ? Voulez-vous ajouter un élément ?

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

Demande d'entretien pour TFE

📎 Lettre de [redacted].pdf 🖼 image001.png 🖼 image002.gif

NM

NACEUR Manel

À : [redacted]

Cc : SCHILTZ Sylvia

😊 Répondre Répondre à tous Transférer ⌵ ...

Jeu 13/02/2025 10:50

📎 Lettre de demande d'entretie...
130 Ko

Madame, Monsieur,

Étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du GIPES d'Avignon, je me permets de vous solliciter afin d'obtenir l'autorisation de réaliser des entretiens dans le service d'accueil crise fermé auprès des infirmiers et infirmières, dans le cadre de mon travail de fin d'études.

Mon mémoire porte sur l'impact des situations de violence dans le soin sur les émotions des soignants et la qualité de la relation soignant-soigné. Afin d'approfondir cette réflexion, je souhaiterais recueillir les témoignages de professionnels exerçant en service d'accueil crise fermé, confrontés à ces situations au quotidien.

Vous trouverez en pièce jointe le guide d'entretien validé par ma directrice de mémoire. Celui-ci est uniquement destiné à vous donner un aperçu du cadre de mon étude. Afin de préserver la spontanéité des échanges, il serait préférable que les soignants ne prennent pas connaissance des questions avant les entretiens s'il vous plaît.

Par ailleurs, ces entretiens seront enregistrés afin de garantir une retranscription fidèle des échanges. Bien entendu, les participants seront informés au préalable et leur accord sera recueilli avant tout enregistrement, dans le respect des règles éthiques et de confidentialité.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et pour convenir d'un éventuel rendez-vous selon les disponibilités du service.

En vous remerciant par avance pour l'attention portée à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

Cordialement,

NACEUR Manel
ESI 3A du GIPES d'Avignon

Annexe II.IV : Demande d'autorisation en EHPAD

Demande d'entretien TFE



Vous
À [redacted] et SCHILTZ Sylvia

hier

...



Lettre EHPAD
PDF - 1,8 Mo

Madame, Monsieur,

Étudiante en troisième année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du GIPES d'Avignon, je me permets de vous solliciter afin d'obtenir l'autorisation de réaliser des entretiens dans votre EHPAD auprès des infirmiers et infirmières, dans le cadre de mon travail de fin d'études. J'ai pu avoir votre contact car je recherchais un EHPAD où je pouvais faire un entretien et on m'a conseillé de vous contacter.

Mon mémoire porte sur l'impact des situations de violence dans le soin sur les émotions des soignants et la qualité de la relation soignant-soigné. Afin d'approfondir cette réflexion, je souhaiterais recueillir les témoignages de professionnels exerçant en service d'urgences, confrontés à ces situations au quotidien.

Vous trouverez en pièce jointe le guide d'entretien validé par ma directrice de mémoire. Celui-ci est uniquement destiné à vous donner un aperçu du cadre de mon étude. Afin de préserver la spontanéité des échanges, il serait préférable que les soignants ne prennent pas connaissance des questions avant les entretiens s'il vous plaît.

Par ailleurs, ces entretiens seront enregistrés afin de garantir une retranscription fidèle des échanges. Bien entendu, les participants seront informés au préalable et leur accord sera recueilli avant tout enregistrement, dans le respect des règles éthiques et de confidentialité.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire et pour convenir d'un éventuel rendez-vous selon les disponibilités du service.

En vous remerciant par avance pour l'attention portée à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

Cordialement,

NACEUR Manel

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M. NACEUR Manel
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse : [REDACTED]

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone : [REDACTED]
Mail : [REDACTED]

Avignon, le 24 Février 2025

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : EHPAD

auprès de la(des) population(s) : Infirmiers / Infirmières

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'impact de la violence dans le soin sur les émotions et la relation soignant soigné

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

Pouvez-vous vous présenter ? (année d'obtention du diplôme, expériences professionnelles)
Pouvez-vous me parler de votre pratique quotidienne de soin ?
Avez-vous déjà été confronté à la violence ? Si oui, comment définissez-vous la violence dans votre pratique professionnelle ?
Quelles formes de violence avez-vous rencontré ? A quelle fréquence y êtes-vous exposé(e) ?
Comment réagissez-vous face à un patient présentant des comportements violents ?
Comment gérez-vous vos émotions face à une situation de violence ou de crise ?
Pensez-vous que l'expression des émotions dans votre pratique influence votre efficacité en tant que soignant ? Pourquoi ?
Quels moyens utilisez-vous pour prendre du recul et préserver votre équilibre professionnel quand vous êtes confronté à une situation émotionnellement éprouvante ?
Comment la violence affecte-t-elle votre manière d'agir avec les patients ?
Après une situation de crise, ressentez-vous une difficulté à maintenir une communication et une alliance thérapeutique avec le patient concerné ?
Selon vous, quels éléments favorisent une meilleure relation soignant-soigné dans une situation de crise ou de violence ?
Avez-vous une situation marquante en lien avec la violence ou les émotions que vous souhaitez raconter ?

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

Annexe III : Autorisation de la direction des soins

Annexe III.I : Autorisation pour les urgences

Direction Des Soins
Tél.
secrétariat

Affaire suivie par
Cadre Supérieur de Santé
chargé de missions à la
direction des soins

Madame Manel NACEUR

Avignon, le 19/02/2025

OBJET : TFE
N/Réf. : VB/MP/25

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.
J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émetts un avis favorable à cette démarche.
Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :
- Madame , cadre de santé aux urgences adultes au
Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE
Chargée de missions à la direction des soins

Annexe III.II : Autorisation pour la MAS

Demande d'entretien pour TFE



À : NACEUR Manel

Répondre Répondre à tous Transférer

Mer 12/02/2025 14:58

Vous avez transféré ce message le Jeu 13/02/2025 13:34

Bonjour Madame Naceur,

Vous êtes autorisée à faire des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'études au sein du centre Hospitalier

Vous pouvez contacter :

- Madame cadre de santé
- Madame cadre socio-éducative
- Madame cadre socio-éducative

Cordialement,

Annexe II.III : Autorisation pour l'accueil crise fermé



A : NACEUR Manel

  Répondre  Répondre à tous  Transférer  ...

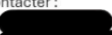
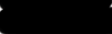
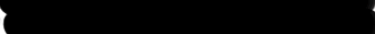
Jeu 13/02/2025 16:10

 Vous avez transféré ce message le Jeu 13/02/2025 17:54

Bonjour Madame Naceur,

Vous êtes autorisée à faire des entretiens dans la cadre de votre mémoire au Centre Hospitalier 

Vous pouvez contacter :

- Madame , cadre de santé 
- Madame , cadre de santé 

Cordialement,









Annexe III.IV : Autorisation pour l'EHPAD

Re: Demande d'entretien TFE

CS

Cadre Santé

À Vous

12:06

...

Bonjour

Nous serions ravis de vous aider dans votre parcours de formation. Vous pouvez me faire parvenir vos dates afin de déterminer les IDE qui répondrons à votre questionnaire.

Cordialement

Annexe IV : Retranscription littérale des entretiens

Annexe IV.I : Entretiens en Maison d'Accueil Spécialisée

Entretien 1 avec IDE E en Maison d'accueil spécialisée :

Manel : Du coup, est-ce que tu peux te présenter avec l'année d'obtention du diplôme et toutes tes expériences professionnelles jusqu'à aujourd'hui?

IDE E : Alors moi j'ai eu mon diplôme en 2014. J'ai commencé à exercer en tant qu'infirmière en octobre 2014 sur le centre hospitalier de ****, dans le pôle social et Médico-social à la maison d'accueil spécialisée. J'y ai travaillé pendant environ cinq ans. Après, j'ai pris une disponibilité et j'ai exercé en libéral pendant à peu près trois ans. Je suis revenue après par la suite sur un retour de disponibilité du coup, à l'hôpital de ****, sur l'ouverture de cette unité, la ****, voilà où on accueille cinq adultes en situation complexe. C'était une ouverture de service il y a trois ans et demi

Manel : Trois ans et demi ? Ça fait trois ans et demi que tu travailles, c'est ça?

IDE E : C'est ça.

Manel : Ok. Est ce que tu peux me parler de ta pratique quotidienne du soin? Ton rôle?

IDE E : Alors ici, on est sur un poste infirmier avec des missions de coordination. Donc j'ai un planning en journée de semaine du lundi au vendredi. Hum... Donc j'assume, voilà c'est moi qui fais le lien au niveau du suivi médical avec le médecin. Après, au niveau des soins, quand il y a besoin de soins, c'est moi qui fais. Après les aides-soignants aussi. On travaille quand même très en binôme avec les aides-soignants qui agissent par délégation aussi au niveau des soins et notamment de la prise des traitements. Voilà, après dans mes missions infirmières, il y a toute cette partie coordination où du coup on est le lien entre l'équipe et l'encadrement aussi, voilà, dans l'hôpital de ****, c'est ces missions là de coordination où on fait le lien un petit peu avec tout ce qui se passe à l'extérieur, le lien avec les services techniques... Voilà, le lien avec l'assistante sociale. On a ce rôle là un petit peu d'être l'intermédiaire pour coordonner un petit peu tout pour les résidents, voilà. Et après j'accompagne aussi les résidents dans leur quotidien, donc auprès des professionnels qui sont sur le terrain sur des horaires d'internat. Voilà comment je répartis un petit peu mon temps de travail.

Manel : D'accord. Euh... du coup est-ce que vous... Est-ce que tu as déjà été confronté à de la violence ?

IDE E : Oui. Le public qu'on accueille ici, voilà, sur cinq résidents adultes autistes, on a trois résidents qui sont en situation complexe du coup avec comorbidité et avec du coup d'importants troubles du comportement qui se manifestent par de de l'auto et de l'hétéro-agressivité. Donc c'est vrai que c'est des situations qui sont euh... qui sont... quotidiennes.

Manel : Et du coup, comment tu définis la violence dans ta pratique professionnelle de tous les jours?

IDE E : Alors la violence euh... la violence... elle est... elle est en lien avec un trouble du comportement donc l'idée c'est d'arriver à identifier la cause du coup, du trouble du comportement et qu'est ce qu'on peut faire en amont justement pour travailler en amont de la crise et ne pas se retrouver par rapport à ces situations de crise après avec ces résidents autistes complexes qui n'ont pas accès au langage verbal. Du coup, c'est vrai que c'est pas simple, on est souvent sur de l'observation, on essaye de faire des liens avec ce qui se passe, avec leur environnement, avec les interactions avec les autres résidents. On suppose en fait, on observe, on suppose et on essaye de... de par déduction de mettre des choses en place qui peuvent les apaiser. Le but est vraiment de travailler en amont de la crise. Après, quand on est face à la gestion de la crise... bah pour chaque résident, toutes les crises sont un petit peu protocolisées. On a une conduite à tenir quand même au moment de la crise qui est bien spécifique à chacun des résidents. Voilà.

Manel : Et du coup, chaque résident, enfin tous les résidents ici n'ont pas la parole ?

IDE E : Il y a seulement un résident sur les cinq qui a accès au langage verbal, voilà avec quand même des difficultés d'articulation. Mais il est capable d'exprimer ses besoins, de faire des demandes. Donc du coup, c'est l'échange verbal.

Manel : C'est majoritairement de la violence physique donc auto ou hétéro-agressive ?

IDE E : Ouais, c'est ça.

Manel : D'accord. Euh bah du coup, vous avez répondu à la question d'après quelle forme de violence avez vous rencontré? Donc plus de la violence physique? Et du coup, à quelle fréquence euh tu es exposée à cette violence?

IDE E : C'est quotidien. Ouais c'est quotidien. Je peux prendre l'exemple d'un résident qui est en situation euh complexe. Voilà, ces dernières semaines, il y a des troubles du comportement. On a du mal à trop savoir pourquoi. Donc on a essayé de voir du coup au niveau somatique, voir s'il n'y avait pas des douleurs, une infection quelconque, des douleurs dentaires. Donc voilà il y a eu un traitement antidouleur qui a été mis en place pour pouvoir évaluer. Et ça, il n'y a pas eu d'effet escompté. Il y a toujours des troubles du comportement qui persistent. Donc là, on essaye vraiment dans le quotidien. Leur quotidien est fait de rituels en fait, pour qu'ils puissent se repérer dans le temps et dans l'espace, pour qu'ils puissent appréhender en fait ce qui va suivre dans la journée. Donc on essaye de voir sur quel temps ça ne va pas, qu'est ce qui se passe. Le but, c'est que toute l'équipe soit cohérente dans sa manière de l'accompagner. Parce que voilà si quelqu'un donne, si quelqu'un fait quelque chose à certains moments et que d'autres ne le font pas, le résident, rien que ça en fait, il peut ne plus se repérer et être mis en difficulté. Voilà, donc on essaye vraiment à chaque fois de savoir d'où ça peut venir. Mais... Mais voilà, ce résident là, par exemple, tout à l'heure, en fin de matinée, toute la matinée s'est bien passée et en fait, au moment d'aller sur un temps calme en chambre, voilà, il y a eu beaucoup, beaucoup d'automutilation. Donc on a besoin de l'isoler quelques temps dans sa chambre, de se retirer. Quand ça s'apaise, on entre à nouveau à son contact. On voit un petit peu si on peut poursuivre l'accompagnement, mais...

Manel : C'est particulier... ?

IDE E : Voilà, c'est... c'est... c'est particulier. Il faut, il faut vraiment avoir la bonne connaissance du résident pour ça. Et c'est là qu'on arrive à savoir quand est ce qu'on peut de nouveau aller à son contact où là maintenant, il faut encore rester en retrait.

Manel : Ok. Euh et du coup, comment tu réagis face à un patient qui va présenter des comportements violents? Est ce que tu as des techniques pour désamorcer ? Des stratégies d'adaptation ou des moyens un peu plus coercitifs ?

IDE E : Alors euh.. bah c'est pareil en fait, ça va être vraiment spécifique aux résidents. Là, voilà, sur les trois résidents qu'on accueille à la maisonnée, on réagit, l'équipe ne réagit pas du

tout pareil en fonction du résident. On a un résident qui euh... qui peut présenter de la violence suite à des frustrations, mais il a accès au langage verbal. Donc par la parole, on va réussir à temporiser et à apaiser. Voilà, le but, c'est de l'écouter, d'entendre ce qui l'énervé. Donc on désamorce en fait par un entretien, voilà. Après avec deux, les deux autres résidents qui sont non verbaux, là du coup, c'est plus difficile, voilà. La parole, au contraire, ne suffit pas. Et voire même des fois, le fait de parler peut générer davantage de la violence avec les deux autres situations, le fait de se retirer en fait d'être ce qu'on appelle un retrait d'attention volontaire, on se retire de leur champ de vision, il n'y a plus de stimuli autour donc du coup, petit à petit ça se calme. Et quand il y a ce retour au calme là, bah après on essaye de reprendre contact et de voir ce qu'on peut proposer par la suite et si ça fonctionne.

Manel : Oui donc c'est propre à chacun.

IDE E : C'est propre à chaque résident, vraiment. On s'adapte de manière très individuelle. Là on est sur une unité où il n'y a que cinq résidents, on les connaît du coup tous très bien, donc vraiment, c'est des accompagnements très individualisés.

Manel : D'accord. Et comment tu gères tes émotions face à une situation de violence ou de crise. Est ce que tu as des mécanismes de défense? Est ce que vous avez de la régulation en équipe ?

IDE E : Alors, on a tous les mois, on a des temps d'analyse des pratiques professionnelles, donc ça permet de prendre une situation qui a été difficile. Ça te permet de prendre un peu de distance sur la situation. On en échange tous ensemble, ça permet de déposer un petit peu son vécu, son ressenti. Donc ça c'est vrai que c'est c'est bénéfique, l'équipe en a énormément besoin. Après moi, au niveau infirmier, la violence je... bah en fait c'est pas... on est vraiment sur ces résidents qui sont autistes complexes, elle n'est pas visée sur...sur le professionnel personnellement, il n'y a pas de ça du tout. En fait, ça va être vraiment quand ça déborde et qu'ils n'arrivent plus à gérer leurs émotions du coup ça va déborder sur la personne qui va se trouver autour. Mais c'est pas visé sur quelqu'un en particulier.

Manel : Mais ça peut vous impacter, même si ce n'est pas visé ?

IDE E : Ça peut nous impacter. On a eu des situations de violences qui sont compliquées parce que... parce que il peut y avoir des morsures sur les professionnels, il peut y avoir des coups de poing, des coups de tête, des coups de pied. Voilà, ça peut, ça peut être compliqué.

Là, souvent, après la crise, on a besoin d'en échanger en équipe, de souffler. On prend un temps de pause pour pouvoir y retourner euh... pour pouvoir y retourner après. Après c'est vrai que... moi je- voilà l'idée c'est quand même de mettre à distance, d'essayer de mettre à distance le plus possible. C'est pas la personne qui est visée, c'est voilà, c'est pas, c'est pas viser sur le soignant pour faire du mal quoi. C'est le résident qui est très à mal et... et ça déborde en fait sur mais ça peut être un résident comme un professionnel. Voilà, c'est vrai qu'il y a cette mise à distance et puis le travail d'équipe est très important. Le lien entre l'équipe, entre les professionnels, c'est un peu notre soupape aussi. À nous de pouvoir déverser entre nous.

Manel : Compter sur les uns les autres ?

IDE E : Compter sur les uns les autres. Être soutenant. C'est ça, je pense aussi la clé pour pouvoir accompagner ces résidents là en situation très complexe, qui manifestent beaucoup de violence et de pouvoir sentir aussi qu'on vient travailler en équipe. Le mot équipe prend tout son sens.

Manel : Et est ce que tu as déjà ressenti du stress ou un impact sur ton bien être par rapport à cette violence?

IDE E : Alors par rapport à la violence euh.... pfffff, je dirais non. La seule situation ça a été par rapport à ma vie personnelle euh... J'ai été enceinte du coup en travaillant dans cette unité et là par contre voilà, la violence étant enceinte, elle m'a été vraiment difficile. J'avais beaucoup de mal à venir le matin, j'appréhendais bah du coup la crise, la gestion de la crise. Voilà, donc ça a été, voilà cette période là de ma vie la violence du coup, m'a impacté moi personnellement, je... je... Ça a été compliqué.

Manel : Vous vous sentiez plus vulnérable ?

IDE E : Je me sentais plus vulnérable et je ne me sentais pas en sécurité du coup en étant enceinte avec le risque de potentiellement au quotidien prendre des coups dans le ventre, euh voilà ça a été...cette période là a été bien, bien stressante. Mais après, dans le quotidien, dans le quotidien, on s'adapte. Après, on ne banalise pas la violence et on a besoin d'en échanger en permanence. Mais en tous cas, dans... non, ça ne m'affecte pas, je ne peux pas dire que ça m'affecte.

Manel : D'accord, du coup, est ce que... Comment euh... Pardon. Est ce que vous pensez que l'expression des émotions dans votre pratique elle va influencer l'efficacité du soignant ?

IDE E : L'expression de nos émotions ? nous soignant ?

Manel : Montrer vos expressions euh... vos... vos émotions... Pardon. Est ce que ça va influencer bah... votre pratique professionnelle? Ne pas mettre cette distance avec le patient...

IDE E : Je pense que si on ne peut pas mettre à distance je pense que c'est très compliqué quand même de pouvoir accompagner ces personnes là. À mon sens, s'il n'y a pas de mise à distance, si la violence nous impacte directement et quand on a du mal et qu'on le prend personnellement aussi, c'est très compliqué. Il y a eu des professionnels qui sont venus travailler ici, qui ne restent pas pour ça aussi, justement parce que de ne pas arriver à mettre à distance. Et puis il y a certaines personnes aussi qui, voilà, la violence, ça les tétanise aussi et que du coup derrière, ça ne leur est pas possible de continuer les accompagnements. Je pense que quand on vient travailler dans ces unités comme ça, où il y a ce risque là de violence au quotidien, où on accompagne des... des résidents qui sont en situation complexe. Voilà, il faut le savoir. Et... et je pense qu'il faut savoir aussi reconnaître un peu ses limites. Voilà, c'est ça, je pense que c'est important et... et il faut de tout pour faire un monde. Et voilà. Chaque professionnel n'est pas... peut se retrouver quelque part et pas ailleurs mais je pense qu'il faut se le dire vraiment, se le dire, le reconnaître. On ne va pas venir en se disant je vais y arriver et puis en fait j'y arrive pas, je reste, mais du coup je mets l'équipe en difficulté et je mets les résidents avant tout en difficulté. Les résidents ici, ils le voient tout de suite hein à notre posture, à notre faciès, à nos expressions. Ils ressentent tout. Donc forcément, si le soignant est réticent, a peur, ils le sentent directement. Et il y a des troubles du comportement qui se mettent aussi en place par rapport à la posture du soignant. Les résidents ici, quand ils voient que le soignant a peur, lorsqu'il crie et qu'il recule, il va le faire d'autant plus et il va aller d'autant plus vers ce professionnel là pour aller presque comme tester la relation en fait. Donc ça me met, ça met à mal le résident. Du coup, si les professionnels par rapport à la violence ne se sentent pas d'accompagner.

Manel : Il faut trouver son équilibre... ?

IDE E : Faut réussir ouais à trouver son équilibre.

Manel : Selon le patient, selon la situation...

IDE E : Ouais c'est ça.

Manel : Ok. Euh... Est ce qu'il y a eu des situations où vous avez trouvé difficile de garder cette distance du coup? Parce que, en théorie, on dit Oui, il faut garder la distance, il faut savoir être professionnel, mais des fois bah on est humain donc ça peut...

IDE E : On est humain, c'est ça exactement. Oui, oui, il y a eu des situations euh... il y a eu des situations d'un résident par exemple, qui allait très mal, qui a eu beaucoup de troubles du comportement, avec beaucoup, beaucoup de violence envers lui-même. Et puis ça a débordé sur de la violence envers les autres résidents et les professionnels. Sa famille en a été très affectée et les familles des autres résidents aussi. Donc c'est vrai qu'on a été confronté face à la souffrance des résidents mais aussi de l'entourage des familles et... Et ça, c'est vrai que ça a été une période, ça a été une période compliquée. Parce que du coup on voyait, on recevait les familles, on les voyait en entretien, on les voyait quand elles venaient rendre visite à leurs enfants, on voyait la souffrance, on voyait euh... voilà. C'était des familles qui pleuraient, qui exprimaient clairement leur souffrance. Ça a été euh ça, ça a renvoyé au niveau humain, à toute l'équipe aussi, ça a été compliqué, ça a été compliqué. A ce moment-là, du coup, on a sollicité l'encadrement pour avoir un temps d'APP supplémentaire. Voilà donc... Mais oui, dans le... humainement, ça renvoie à des choses qui sont, qui sont compliquées. D'où l'intérêt d'arriver à mettre à distance le plus possible. Mais ça n'empêche que moi, souvent, quand je rentre à la maison le soir, il y a certaines situations que je ne peux pas couper totalement. Et j'y pense et c'est-c'est normal, on a de l'empathie et puis... et puis oui, on reste humain quoi.

Manel : Quels moyens vous utilisez pour prendre du recul du coup et préserver cet équilibre professionnel quand vous êtes confrontée à une situation qui va être émotionnellement éprouvante ?

IDE E : Euh... bah déjà on a... quand il y a des situations comme ça qui sont très éprouvantes, c'est compliqué. C'est compliqué de mettre à distance en partant. Même quand on part et qu'on ferme la clé et qu'on est en repos, ça va être compliqué. On passe toujours par l'étape où on a besoin de se voir, de prendre un temps en équipe avant de pouvoir partir et... et d'arriver à mettre à distance. C'est vrai que c'est entre nous là, collègues professionnels, qui nous régulons et qui essayons de nous de... de nous mettre tous à distance en fait, par rapport

aux situations. Là, c'est vraiment, je dirais, le soutien de entre les professionnels, entre l'équipe qui permet ça. Et puis on le voit dans ces unités comme ça, où les accompagnements sont complexes, dès qu'il y a des difficultés dans l'équipe, dès qu'il y a des difficultés avec l'encadrement, dès qu'il y a des difficultés en fait extérieures qui se rajoutent, bah c'est hyper compliqué, tout devient hyper compliqué à gérer. La mise à distance, l'accompagnement des résidents, le quotidien devient très compliqué.

Manel : D'accord. Du coup, comment la violence, elle affecte votre manière d'agir avec les patients? Est ce que ça modifie votre comportement quand il y a une situation de crise?

IDE E : Non. Je... On a... maintenant, on est sur des conduites à tenir quand il y a des crises donc on connaît bien. Là, on est sur cinq résidents qu'on connaît très bien. Du coup, en fait, on sait comment réagir. Là, aujourd'hui, après trois ans d'ouverture. A l'ouverture, ça a été différent, ça a été différent. Quand les résidents sont arrivés, on ne les connaissait pas. Il y a eu tout un temps où il a fallu apprendre à les connaître. Il a fallu que eux puissent s'habituer au fonctionnement, aux locaux, à leur lieu de vie. Donc, il y a eu bien un an, un an et demi où ça a été, ça a été compliqué, on essayait des choses, on revenait en arrière parce que ça ne fonctionnait pas, on se réadaptait. Donc c'était hum...là oui, on a on a eu une période où on était... du coup ça donnait une posture un peu hésitante parce qu'on était encore voilà à évaluer ce qui fonctionnait pour eux, ce qui ne fonctionnait pas. Donc ça a été pas simple par moment de savoir à quel moment on pouvait y aller, les accompagner, proposer ça et à quel moment il fallait se retirer. C'était compliqué de savoir jusqu'où en fait on pouvait aller. Là, maintenant, après trois ans d'ouverture, on connaît bien les résidents, donc on sait maintenant par la connaissance, quand est ce qu'on peut agir, quelles actions on peut mettre en place. Voilà, quand il y a une crise aujourd'hui, on accompagne un résident qui, de par son gabarit, la violence qu'il génère et est très très compliquée. Mais on arrive maintenant tout de suite à déceler des signes précurseurs chez lui qui amène à une crise. Donc dès qu'on voit ces signes là, on arrive tout de suite à se mettre en sécurité et à mettre les autres résidents en sécurité. Donc la violence après bah elle, elle est visée sur lui. Donc après on essaye d'agir par rapport à ça du coup, mais elle est plus visée sur nous directement. On arrive en fait maintenant, maintenant à se retirer. Et la violence sur les professionnels, elle existe toujours, mais elle est quand même moins importante qu'à l'ouverture. On sait en tout cas maintenant comment réagir.

Manel : Vous arrivez à mieux la gérer.

IDE E : Voilà, et on sait comment se positionner du coup.

Manel : Ok. Du coup, après une situation de crise, est-ce que vous ressentez une difficulté à maintenir une communication et une alliance thérapeutique avec le patient?

IDE E : Oui, ça peut être compliqué. Il peut... Selon les professionnels, on réagit tous différemment... et des fois, il nous faut un peu de temps. Il nous faut un petit peu de temps. Suite à la... Souvent, ce qu'on fait avec l'équipe, c'est que quand il y a une situation de violence, quand le professionnel du coup revient, en fait il va accompagner les autres résidents et pas tout de suite le résident avec lequel la situation a été compliquée. Et puis après, petit à petit, il va le ré accompagner, mais toujours en binôme avec quelqu'un d'autre dans l'équipe. Pas de manière individuelle. Voilà on essaye de faire les choses par étapes dans le temps pour que la confiance elle puisse se regagner aussi et dans des temps de plaisir du résident. C'est petit à petit.

Manel : Du coup, pour vous, quels sont les éléments qui vont favoriser une meilleure relation soignant-soigné dans une situation de crise ?

IDE E : La connaissance. La connaissance du résident. Là, je parle pour cette unité.

Manel : Oui, oui, oui.

IDE E : Dans d'autres services, ce sera totalement différent. En tout cas ici, c'est vraiment la connaissance du résident et la relation en fait avec la relation qui a été construite avec ce résident là. Il y a certaines situations de crise... et par exemple, il y a un résident qui est ici à la maisonnée...euh bah c'est un résident que je connais de quand je travaillais à la MAS, il était, il vivait sur la mas et après il a intégré la maisonnée du coup, à l'ouverture de la maisonnée. Mais c'est un résident finalement que j'ai connu quand il a été accueilli à la MAS, donc ça fait presque dix ans que je connais ce résident là. Je le connais très très bien. On a du coup une relation de confiance, donc je sais quand est ce que je vais pouvoir désamorcer la crise et quand est ce que je ne vais pas.... Je ne vais pas y arriver et qu'il va falloir que je me retire. C'est... C'est subtil en fait, mais c'est vraiment la connaissance du... C'est vraiment la connaissance du résident. C'est ça qui facilite tout. On sait, en fait, on arrive maintenant à savoir un petit peu les réactions. Pourquoi? Et puis on... même au niveau des mots à employer, on sait quels mots vont pouvoir désamorcer, vont pouvoir apaiser. C'est... C'est la

connaissance, la connaissance du résident. Voilà avoir pris le temps de créer cette relation là, en l'accompagnant au quotidien. Là, pour moi, aujourd'hui, ici en tout cas, c'est la connaissance, la très bonne connaissance du résident.

Manel : D'accord. Est ce que vous avez une situation marquante en lien avec la violence et les émotions que vous pourriez raconter?

IDE E : Une situation où on est, on est ici à la maisonnée, on a un résident qui... qui ne va pas bien, qui s'automutile tout de suite dans la pièce de vie sans qu'on ait pu identifier une raison apparente. Et en fait, on sait que chez ce résident, quand il y a de l'automutilation, la première personne qu'il y a dans son entourage, la violence va se manifester sur cette personne là autour de lui. Donc on est on est sur un après midi là, l'environnement est plutôt calme. D'un seul coup le résident se met à s'automutiler violemment dans la pièce de vie. Le temps qu'on puisse intervenir avec la collègue, on arrive à mettre les autres résidents présents dans la pièce de vie en sécurité, à les raccompagner dans sa chambre. Et en fait, il y a un résident qui ne veut pas, qui ne veut pas rejoindre le couloir, qui est sécurisé et en fait qui... qui est tétanisé, qui se fige. Et il est impossible pour nous de réussir en fait à le mettre en sécurité. Donc on essaye de négocier. C'est un résident qui a accès au langage verbal. On essaie de négocier, on essaie de lui faire prendre conscience de la situation d'urgence, mais...mais rien n'y fait. Donc on se retrouve avec ma collègue seule dans la pièce de vie, avec le résident qui est en train de s'automutiler violemment et qui se dirige vers nous pour nous agresser. Et donc là, on est face à un dilemme. En fait, on se dit mais qu'est ce qu'on fait ? Est ce qu'on se met en sécurité nous ou est ce qu'on laisse le résident dans la pièce de vie alors qu'on sait pertinemment qu'il va se faire agresser? Là, il y a quelques secondes qui se passent où on sait, on ne sait plus, on est désemparé. Donc entre-temps, on avait alerté. Du coup on a un système pour appeler des renforts sauf que la localisation de la maisonnée fait qu'on est quand même très isolés des autres services. Donc le temps que les personnes en renfort interviennent, il se passe des fois jusqu'à dix minutes, mais là, on n'a pas dix minutes devant nous du tout. Donc à force de négocier, finalement, le résident accepte de se décaler dans la pièce de vie et d'aller se mettre dans un recoin vers l'entrée de la structure, mais n'accepte toujours pas de sortir à l'extérieur ou de rejoindre le couloir qui est sécurisé. Le résident en crise du coup nous suit et en fait, avec ma collègue, on est à la limite voilà. Moi j'ai le résident qui me vient dessus. J'arrive à prendre son bras, à le tourner pour l'orienter. Et vite en fait, je sors à l'extérieur, on ferme la porte, on ne la ferme pas à clé. En fait, on attire le

résident en crise pour ne pas qu'il voit le résident du coup qui est qui s'est mis en retrait. Et en fait, donc il nous voit à travers la porte, il continue de s'automutiller et puis d'un coup, en fait il fait demi tour et il rejoint une autre partie de la pièce de vie en bas. Donc on arrive finalement à faire sortir le résident qui s'était mis en retrait. Mais voilà, là, la situation, elle aurait pu être... elle aurait pu être dramatique parce que ce résident là, quand il s'automutile violemment comme ça, la violence qu'il peut générer derrière elle est très très compliquée. Ça peut être des fortes morsures, des coups de tête, de violents pincements. Il est capable de prendre le résident, de le tirer par les cheveux et de le soulever du sol. La violence, elle peut être très très rapide.

Manel : Oui, là l'impact n'aurait pas été qu'envers les soignants mais aussi envers le résident.

IDE E : Il aurait été envers le résident, et puis envers nous, soignants aussi. Donc là, c'est vrai que cette situation là, avec un avec ma collègue, elle nous a.... elle nous a marqué. Donc, c'est des situations qu'on a retravaillé avec le résident aussi. Et là maintenant, aujourd'hui, c'est... voilà, c'est différent. Maintenant, lui aussi il arrive à se mettre en sécurité. Il a un petit peu compris les risques aussi qu'il prenait, mais c'est pas facile. Lui, il est dans son lieu de vie aussi, voilà, face à une crise du coup, lui aussi on le prive de, face à la crise de notre résident, on le prive d'accès aussi dans son lieu de vie, à la pièce de vie où là ça renvoie aussi des choses au niveau éthique qui sont pas simples. Donc ça nous a renvoyé des choses humainement parce qu'on a eu... on a eu du coup, nous voilà pour le coup, ça a été une situation bien stressante... On a eu peur hein vraiment. Là, ça a été de la peur pour le résident et pour nous. Et après ça nous a un peu renvoyer pleins de choses au niveau éthique de comment on fait pour accompagner ces résidents ici de manière très individuelle, mais sans oublier le collectif, parce qu'ils sont cinq à vivre ensemble ici et qu'il faut essayer de s'adapter au mieux en fonction des besoins de chacun et des troubles du comportement qui peuvent se présenter.

Manel : Oui ce n'est pas facile.

IDE E : C'est pas facile. Et puis ça nous a... ça nous a aussi voilà... Il y a des... nos limites aussi par rapport à... voilà c'est une vieille structure, les locaux ne sont pas spécialement adaptés à ces résidents en situation d'autisme complexe. Donc voilà, il y a tout un travail aussi qui a été fait avec l'encadrement, avec la direction, pour aussi faire remonter les réels besoins

aussi en termes de moyens... locaux, d'adaptation des locaux aussi. Ça a permis, ces situations là, permettent d'ouvrir aussi sur...euh...

Manel : de s'améliorer ?

IDE E : De s'améliorer, de faire évoluer en tout cas les pratiques pour pouvoir les accompagner au mieux. Voilà.

Manel : Est ce que vous souhaitez ajouter un élément que vous jugez important ?

IDE E : Non, là je ne vois pas trop.

Manel : On a fait le tour.

IDE E : La connaissance des résidents, pour moi, c'est la clé. En tout cas, ici dans cette unité là, c'est la clé pour moi pour les accompagner. Et le travail d'équipe, la cohésion d'équipe, cohérence des pratiques et du coup, soutien dans l'équipe. Pour moi, c'est ce qui est important.

Manel : Ok, d'accord. Merci beaucoup

Entretien 2 avec IDE K en MAS :

Manel : Alors, est-ce que vous pourriez vous présenter avec l'année d'obtention du diplôme et vos expériences professionnelles jusqu'à aujourd'hui ?

IDE K : Alors, ****, je suis diplômée depuis 2010. J'ai eu mon diplôme dans le ****. J'ai exercé tout de suite dans le sud, à ****, dans un foyer d'accueil médicalisé, un EHPAD. Pendant 3 ans. Après, j'ai fait 10 ans de libéral. Ensuite, depuis 2 ans, je suis à la MAS

Manel : D'accord. Est-ce que vous pouvez me parler de votre pratique quotidienne du soin, le contexte, votre rôle, l'organisation du service ?

IDE K : Une journée type, à peu près, c'est ça ?

Manel : Oui, rapidement.

IDE K : Le matin, transmission de 6 heures. Ensuite, on donne des traitements de ceux qui sont levés tôt et qui nécessitent un traitement tôt, vers les 7 heures. Entre deux, prise de sang. Gestion, plus ou moins, des plannings si besoin, s'il y a des absences. Organisation des services. Encore après, distribution. Dans la matinée, on fait tout ce qui est soins, tout ce qui est pansements, s'il y a des injections, des perfusions, toutes les choses comme ça. Redistribution. Après, on a aussi des entretiens avec les médecins dans la matinée. Les réunions qu'il peut y avoir aussi avec les éducateurs, les cadres, les médecins. Entretien avec les médecins, parce qu'ils passent pratiquement tous les jours, soit matin, soit soir. Intervention aussi du psychiatre. Midi, on redonne les médicaments. Ensuite, transmission à 13 heures et l'équipe d'après-midi qui arrive. Donc après-midi, pareil, on prépare, on donne les 4 heures. Entre deux, on fait aussi tout ce qui est paperasse, l'administration. On intervient sur les unités et la distribution des traitements le soir. On finit à 21 heures.

Manel : Est-ce que vous avez déjà été confrontés à la violence ? Et si oui, comment est-ce que vous définissez la violence dans votre pratique professionnelle ?

IDE K : Sur la MAS ou partout ?

Manel : Ici ou par rapport à vos anciennes expériences.

IDE K : Aux anciennes expériences.

Manel : C'est vraiment sur vous, porté sur votre expérience à vous.

IDE K : Donc violence soignant-soigné ?

Manel : Oui.

IDE K : Oui, tout le temps. Ici, beaucoup.

Manel : Oui.

IDE K : Parce qu'on a quand même un public qui a beaucoup de troubles de comportement avec le passage à l'acte envers les résidents, avec les soignants envers eux-mêmes. À domicile, pas mal aussi. Des personnes soient sous-stupéfiants, alcoolisés ou en décompensation psy. Et en EHPAD aussi avec les démences.

Manel : D'accord.

IDE K : Partout quoi.

Manel : Et ici c'est plus de la violence auto et hétéro-agressive ?

IDE K : Auto-agressive et hétéro-agressive, oui.

Manel : D'accord. Comment du coup vous la définissez cette violence ?

IDE K : Comment je la définis ?

Manel : Enfin c'est...

IDE K : Si je devrais donner une définition de la violence ?

Manel : Oui, oui.

IDE K : Déjà, je séparais deux violences. Violence verbale, violence physique. Et puis après, dans la violence verbale, je ne sais pas comment définir. Ça peut être la façon de parler à quelqu'un, les termes employés aussi. Et dans le physique, atteinte à la personne, que ce soit par une agression vraiment physique de la personne sur la personne, en utilisant un objet. Voilà, je pense.

Manel : Alors, quelle forme de violence vous avez rencontré tout au long de votre carrière ? Et même ici, du coup, c'est...

IDE K : Tout. Violence en agressivité, violence corporelle et verbale. Oui, voilà.

Manel : Et ici, vous y êtes fréquemment exposé ?

IDE K : Oui. Pratiquement tous les jours, oui. Oui. A différents degrés, bien sûr. Mais pratiquement tous les jours.

Manel : Mais c'est quotidien.

IDE K : Oui.

Manel : Comment vous réagissez face à un patient qui présente des comportements violents ? Est-ce que vous avez des stratégies d'adaptation ? Il y a des protocoles ? Il y a des moyens coercitifs ou pas ?

IDE K : Alors, protocoles... Je ne sais pas trop s'il y en a vraiment des protocoles. Après, selon les résidents, on peut avoir, oui, des indications avec le psychiatre qui peut nous guider, comment intervenir, si on peut le mettre... Parce qu'on n'a pas de salle d'isolement ici, on a le médico-social, donc on ne peut pas aller vraiment dans le sanitaire où on a des contentions physiques. Nous, on a quand même l'administration de si besoins en per os, déjà. L'administration de si besoins en injectable, vraiment. Si... Voilà. Contention chimique. Qui marche rarement, voilà. Ensuite, on a aussi des solutions de repli avec mise en chambre en sécurité, mise en salon de vie en écartant les autres résidents si c'est plus porté sur les résidents. On a aussi un salon d'apaisement où on peut isoler le résident sous surveillance, porte ouverte, vraiment, parce que ce n'est pas une contention, ce n'est pas un isolement, c'est un apaisement, en fait. C'est vraiment une solution de repli qui est hors des unités, du coup. Donc on doit le sortir de l'unité pour le mettre dans la salle. Et puis après, on essaie de gérer au mieux de... Alors là, c'est un peu plus calme parce qu'on a vraiment un résident qui portait souci, qui est parti, mais c'est vrai qu'avec ce résident, déjà, on se protégeait, nous, parce que c'était vraiment beau gabarit, déjà, le monsieur. On protège aussi nos collègues. Et puis après, on essaie de faire au mieux. On a aussi un DATI, donc le... Comment ça s'appelle ? je me rappelle plus comment ça s'appelle. Le DATI, c'est le dispositif d'alerte. Donc là, avec deux systèmes, soit on le tire vraiment quand c'est vraiment... Voilà. Soit on appuie dessus quand ça peut être géré juste en intramuros. Par contre, quand on le tire, on peut avoir des gens extérieurs, les UMD qui ne sont pas trop loin de chez nous et tout, qui peuvent intervenir vraiment quand c'est vraiment délicat, la situation est trop violente. Et puis après, qu'est-ce qu'on peut faire ? Après, on essaie de détourner. Enfin après, on s'adapte.

Manel : C'est propre à chaque patient.

IDE K : C'est propre à chaque patient. On ne peut même pas dire à chaque pathologie, parce que c'est vraiment propre à chaque patient. Et au fil du temps... Alors moi, ça ne fait que deux ans que je suis là, donc je commence vraiment à les connaître et à savoir un peu. Mais c'est vrai qu'au début, quand on ne les connaît pas...

Manel : C'est difficile.

IDE K : Parce qu'après, nous-mêmes, par notre comportement, on peut développer, mettre en place... Enfin, pas développer, mais nous provoquer l'agressivité, la violence, sans le savoir, parce qu'on les frustre, parce qu'on a cassé leur rituel. Et du coup, après, c'est vrai qu'avec le temps, il y a certaines situations où on rencontre moins, parce qu'on sait que lui, il ne faut pas lui toucher la crière avant, il faut... Voilà, t'as des petits trucs où...ils vont lever le bras d'habitude, et que là aussi, tu sais qu'il ne faut pas faire ça. Donc c'est vraiment respecter les rituels. Et puis après, on a des formations aussi pour nous aider. On a des autistes, par exemple, ici, où ça peut être compliqué aussi. Donc on a quelques formations. Alors on a eu une formation il n'y a pas longtemps sur l'autisme, toutes les choses comme ça, qui nous apprennent un peu à éviter déjà, parce qu'on sait que c'est des résidents qui peuvent clasher à tout moment. Et du coup, ça nous évite d'être dans des situations un peu particulières.

Manel : OK. Alors, comment vous gérez vos émotions face à une situation de crise ou de violence ? Est-ce que vous avez de la régulation émotionnelle en équipe ? Est-ce que vous avez des mécanismes de défense ?

IDE K : Moi, c'est le rire.

Manel : Oui

IDE K : Oui, moi, je relativise beaucoup. Par mon ancienneté professionnelle aussi, par mon âge aussi, parce que j'ai déjà 46 ans, donc j'ai déjà vécu. J'ai des enfants grands et tout, donc j'ai pris des études. Après, je relativise beaucoup. Et par l'humour.

Manel : Oui, c'est un moyen de déverser.

IDE K : Oui, oui. Je suis toujours en train de rigoler. Et puis je... Après, on sait qu'ils ne sont pas agressifs, entre guillemets volontairement. C'est qu'on travaille dans une MAS. On sait que voilà... Parce que moi, j'ai déjà eu un tour où c'était de l'agression physique plus sexuelle, on va dire, de deux types de résidents. Donc là, on a deux patients, c'était à domicile. Là,

vraiment, du coup, je fais la part des choses. Un papé qui était Alzheimer, qui essaye de te mettre la main aux fesses, et un papé qui est bien dans sa tête, qui essaye aussi de te mettre la main aux fesses. Donc là, on ne réagit pas pareil, selon le cas.

Manel : Selon le profil, les pathologies.

IDE K : Voilà. Et du coup, ici, on a tous des personnes qui sont des déficientes, entre guillemets. Donc c'est sûr que quand on a un autiste qui clashe, on sait que ce n'est pas pour rien, c'est qu'il y a quelque chose derrière, c'est sa façon de réagir. Et du coup... Après, quelquefois, c'est dur. On a eu le tour, on a eu vraiment une grosse agression avec un monsieur qui a explosé la fenêtre. Là, j'ai eu peur, vraiment peur. Et du coup, là, c'est... Après, on en parle entre nous. On a une équipe d'infirmiers, donc on déverse pas mal. On discute, on... Après, je n'ai pas eu besoin de plus d'aide que ça pour l'instant. Je touche du bois, mais ça va.

Manel : Et du coup, est-ce que ça a déjà impacté votre bien-être ? Vous me parlez de peur, mais est-ce que vous avez déjà ressenti du stress ou une accumulation qui a fait que ça a impacté votre bien-être ?

IDE K : Non, pas plus. Moi, je suis déjà quelqu'un de stressée à la base. Voilà. J'essaie de cacher ça avec l'humour, surtout le rire. Je fais assez dynamique, mais... Non, parce que dans l'ensemble, c'est des agressions, mais c'est pas... C'est rare, vraiment, les grosses grosses agressions où il y a du passage à l'acte avec des coups de poing. Comme, je sais pas si on a des unités ici, c'est plus costaud, quoi. On a déjà eu des collègues qui ont eu les bras cassés, les machins, tout. Je pense que là, honnêtement, je serais pas restée, parce que moi, je vais pas... Bon, il y en a qui restent quand même, je sais pas comment ils font, mais moi, je reste pas. Là, si à admettons, je me sentirais tout le temps en danger ou j'aurais peur de me faire casser quelque chose, je resterais pas.

Manel : Vous connaissez vos limites ?

IDE K : J'ai mes limites. Ah oui, oui, oui. Non, non. Là, je resterais pas, c'est sûr. Bon, là, c'est des petites, entre guillemets, agressions, petites violences.

Manel : C'est des trucs que vous arrivez à surmonter qui sont pas impactants dans votre vie.

IDE K : Oui, ouais.

Manel : OK. Est-ce que vous pensez que, du coup, l'expression des émotions dans votre pratique, elle va influencer votre efficacité en tant que soignant ? Si vous n'arrivez pas vraiment à mettre cette distance, parce que dans la théorie, oui, on doit être à distance du patient, mais on est humain, donc est-ce que des fois, vous avez ressenti des choses que vous vous êtes dit mais en fait, j'aurais peut-être pas dû ressentir ça, à ce moment-là, il fallait que je gère ça autrement ?

IDE K : Par rapport à la violence, à chaque fois ?

Manel : Oui, oui, oui et les émotions.

IDE K : Ouais. Après, c'est sûr que, par exemple, au tout début que je suis arrivée ici, j'ai un résident qui m'a attrapé les cheveux. Il m'a secouée comme un prunier. Mais j'ai mis longtemps, du coup, après aller vers lui. Donc ça, c'est vrai qu'après, avec du recul, tu te dis, bon, après, il peut refaire ça, on sait pas pourquoi, il m'a fait ça, je le saurais jamais. J'étais nouvelle peut-être que ça. Mais c'est vrai que, et là, je me suis dit, c'est vrai qu'à un moment, je me suis dit, oh, j'ai toujours eu un moment de recul. Je m'étais toujours à l'écart. Bon, après, c'est revenu petit à petit. Mais après, je me dis, bon, c'est normal. En même temps, je viens de me faire secouer comme un prunier, ça a mis quand même pas mal de temps avant que j'accepte qu'il revienne vers moi. Donc après, c'est un peu frustrant, parce que tu... C'est frustrant, ça doit être frustrant, parce que tu te dis quand même, c'est légitime. T'as peur, c'est normal, quand tu as peur d'avoir ce moment de recul. Mais après, non, après... Après, moi, comme j'arrive vite à relativiser, en fait, je passe vite à autre chose, en fait. Parce que...

Manel : Ça n'a pas trop le temps de vous impacter.

IDE K : Non, je pense pas. Honnêtement, je pense pas, parce que du coup... Comment expliquer ? Ouais, c'est vrai que... Comme je sais, en fait, pourquoi il y a cette violence, pourquoi il y a cette... On sait pourquoi on travaille ici, en fait. Donc, en fait, j'arrive vite à relativiser et puis à retourner vers eux et à passer vraiment... Voilà, il y en a un que j'ai vraiment... Il va me frapper, il y en a un que... De temps en temps, on sait pas pourquoi, il frappe, il donne un coup de pied et tout. Et demi-heure après, il va revenir vers toi faire un câlin, mais je vais pas... Je vais pas lui dire non, tu m'as frappé. Voilà, on essaie vraiment de... De passer à autre chose, quoi. Moi, j'arrive. Après, c'est vrai qu'il y a certains... Après, nous, la chance qu'on a en tant qu'infirmiers... Moi, je trouve que c'est une chance, pas une chance.

C'est qu'on n'est pas 8 heures sur l'unité. Donc, en fait, on n'a pas ces 8 heures où vraiment, t'as les résidents qui te... Qui sont tout le temps sur ton dos et tout. Donc, on arrive à avoir des petits sas de décompression, quoi. Si on se fait trop... Trop frapper, trop... Si c'est trop violent, trop... Trop remuant dans une unité, bon, ben, on peut aller un peu dans... On n'est pas obligés, par notre statut, de rester sous l'unité, en fait. Comme les aidessoignants, où ils sont obligés, eux, de rester, de subir, entre guillemets, quoi. Vous pensez que ça aurait été différent si vous aviez été obligés d'être dans une unité... Alors, moi, personnellement, je pense que je serais pas restée. Parce que je... Je sais pas si j'aurais la patience, aussi. Et puis, le ras-le-bol, quoi. Enfin, moi, non, on a des aides-soignants, ils verbalisent qu'ils ont le ras-le-bol de subir tout le temps la violence. On a toujours un côté qui donne des coups de pied, des machins. C'est pas des grosses violences. Mais de façon répétitive, dans la journée... Moi, je sais qu'une fois... Alors, c'était ma journée, je rentre dans une unité, je me suis pris un coup de pied, je rentre dans une unité, il m'a foutu un pain, et l'autre, il m'a foutu une claque dans le dos sur les trois fesses. Et je me suis dit, mais je pouvais pas. Je pourrais pas rester vraiment dans l'unité où il y a tout le temps... T'es toujours sur le qui-vive, entre guillemets, quoi. Là, c'est un peu plus calme, parce qu'ils ont retravaillé les structures. Mais il y a un moment où c'était compliqué, quoi. Puis nous, on intervient aussi, nous, quand les soignants... Quand il y a des difficultés sur les groupes, on intervient quand il y en a un qui est violent. C'est nous qu'on fait un peu... Pas le gendarme, mais pratiquement, quoi. Quand il y en a un qui doit être mis en salle d'apaisement, c'est nous qu'on doit venir. Il y a des jours, ça se passe bien. Je suis calme. Il y a des jours, quand ça s'enchaîne, c'est vrai que... T'es content de rentrer chez toi, quoi.

Manel : Du coup, quels moyens vous utilisez pour prendre du recul et préserver cet équilibre professionnel quand vous êtes face à une situation émotionnellement éprouvante ?

IDE K : Ouais, moi je... Du coup, il y a de l'humour. Il y a de l'humour, j'en parle chez moi à mon mari. On en discute, dans une unité psy, pas ici, à ****. Donc on discute un peu de nos trucs, nos problèmes et tout. Et puis du sport, moi j'aime bien faire le sport aussi. Ça décharge, ça libère, ça... Après, c'est déjà pas mal. Oui, c'est propre à chacun.

Manel : Du coup, est-ce que la violence, elle affecte votre manière d'agir avec les patients ? Est-ce qu'elle va modifier votre comportement ? Parce que tout à l'heure vous parliez de... Enfin, vous, ça s'arrête à... Comment dire ? Vous disiez que vous savez pourquoi il y a cette

violence, donc vous passez rapidement à autre chose. Est-ce qu'il y a eu un moment où ça a plus affecté votre manière d'agir ou pas ?

IDE K : Oui, au début, du coup, le moment de recul où vraiment j'ai du mal à aller vers la personne qui m'avait frappée. Mais c'était au début, parce que j'étais jeune dans le médico-social, je connaissais pas trop. Après, c'était à domicile où... D'arrêter le soin complet. D'abandonner, tant pis. Mais après, au bout d'un moment, quand tu te reçois des chaises sur toi, t'abandonnes. Et puis... Non, après... Non, pas plus.

Manel : Du coup, est-ce qu'après une situation de crise, vous ressentez une difficulté à maintenir une communication et une alliance thérapeutique avec le patient concerné ?

IDE K : Euh... Répétez la question.

Manel : Est-ce qu'après une situation de crise, vous ressentez une difficulté à maintenir cette communication et l'alliance thérapeutique avec le patient ?

IDE K : Non, pas vraiment. Non, avec le recul de... Bon, c'était pas beaucoup, deux ans. Mais non, parce que du coup... Même je... Parce qu'avant, j'avais peut-être peur d'être seule, admettons, dans l'infirmerie avec des résidents que je connaissais pas, justement. Je savais pas comment ils allaient réagir. Maintenant, non, parce que du coup, même quand ils vont en salle d'apaisement, l'apaisement, elle est juste à côté de l'infirmerie. Il m'arrive de prendre le résident avec moi, dans l'infirmerie, mais vraiment fermé, rien qu'à deux, justement, pour encore plus être dans l'apaisement encore plus. Et avant, j'aurais peut-être pas fait, parce que je les connaissais pas, je savais pas non plus mes limites, je savais pas comment faire. Maintenant, comme j'ai... Je dis toujours, j'ai toujours le dadi sur moi, j'ai jamais fermé la clé au cas où. Mais non, je... Non, au contraire, même.

Manel : OK. Et est-ce que vous avez déjà, du coup, été confrontée à une situation où c'était difficile après une situation de crise ? Et vous aviez... Enfin, quelles sont les stratégies que vous avez quand... Il faut restaurer la confiance avec le patient quand le patient, il vient d'avoir sa crise, et c'est difficile, en fait, d'aller vers lui ? Est-ce qu'il y a des stratégies particulières ou c'est vraiment propre à...

IDE K : Je pense que c'est propre à chaque patient et à chaque crise en même temps, j'ai envie de dire, parce qu'on a des patients, ils vont faire certaines crises, mais ça va toujours être la même chose, en fait. Après, moi, je garde... Je... Vraiment, à chaque fois, je reviens dessus,

mais c'est vraiment la... Enfin, pour moi, c'est... Ça fait partie de la maladie, donc moi, en fait, je garde vraiment... C'est un soin, quoi, en fait, c'est un acte, et en fait, ben voilà, il clache, tu l'apaises, tu le laisses, il faut qu'il se calme un peu, je me mets en face, je parle, et tout, mais il n'y a pas de coupure de communication, en fait, parce qu'on est toujours dans l'accompagnement, et même quand il... Nous, comme on ne l'isole pas tout le temps, tout seul, enfermé, contentonné, on est tout le temps... Il y a toujours un soignant qui est là, à côté, pour surveiller, pour parler, pour... Pour faire des gâtes quand il faut, après, mais il n'y a pas de session, vraiment, après, au niveau de... Parce que moi, je trouve que on est infirmiers, c'est notre travail, quoi, en fait. J'arrive vraiment à faire la part des choses entre ****, et **** l'infirmière, quoi. Je suis dans le soin, je suis dans l'acte, je suis dans la profession, et puis... Et puis, voilà, et je ne prends vraiment pas pour moi quand il va me traiter de tous les noms, ou quand il va me frapper, je sais que c'est... Voilà.

Manel : OK. Du coup, selon vous, il y a... Quels sont les éléments qui favorisent une meilleure relation soignant-soigné, dans ces situations ?

IDE K : Déjà, connaître bien le patient, le résident, avec toute son histoire antérieure. Connaître, toi, tes limites aussi, je pense. Parce que... Si tu atteins tes limites, après, bon... Vu que tu passes à l'acte, on en a déjà eu, bref. Et puis, c'est quoi, déjà ? Je m'en rappelle plus. La question ?

Manel : Les éléments qui favorisent la meilleure relation soignant-soigné lors des situations de crise.

IDE K : Du coup, il y a... Connaître le patient, l'histoire, tes limites à toi, et puis aussi... Comment... Qu'est-ce que je pourrais dire ? Après, il faudrait connaître, en fait, le résident. Parce que l'approche, elle est particulière. Elle est propre à chacun. Chaque histoire, chaque situation. Et puis, tu sais qu'il y en a... Tu peux communiquer verbalement avec eux. Et il y en a... Tu peux pas... Tu sais qu'ils ont besoin aussi d'être contenus. Contenus dans, je veux dire... On a des couvertures lestées, des choses comme ça, pour essayer de les contenir vraiment physiquement, mais calmement. Et t'en as... Tu dois laisser courir. Il y en a qui ont besoin de se défouler. Il y en a, il faut pas trop les regarder. Il faut pas qu'il y ait trop de monde à côté. Quand tu connais tout ça, au bout d'un moment, tu sais désamorcer des crises. Quand on est jeune, entrant à la masse, on connaît pas. C'est compliqué. C'est vraiment l'expérience. Moi, je pense que, vraiment, la première chose, ici, nous, au foyer, à la masse, pour éviter ou pour

contenir des crises, c'est vraiment l'expérience. Et puis se rattacher, du coup, aux vieux. Aux soignants qui sont là depuis longtemps et qui les connaissent bien. Il y a des choses... Au début, je leur demandais tout le temps. Rien que pour donner des médicaments, ils m'envoyaient les mails. En fait, ils te donnent des petites astuces. Parfois, c'est pas grand-chose. C'est vraiment un petit truc. Oui, ça peut aider. Mais qui va te faire gagner une demi-heure et une crise en moins. Et eux, ils les connaissaient mieux que moi. Je venais d'arriver, donc forcément.

Manel : Du coup, vous pensez que la formation des soignants, elle aide ? Elle améliore cette relation ? La formation ? Tout à l'heure, vous me parlez de formation.

IDE K : Il y avait une formation sur les patients autistes.

Manel : Est-ce que, du coup, ça aide vraiment ? Vous avez fait ces formations ?

IDE K : Moi, j'en ai fait une. Oui, ça aide. Parce qu'en plus, sur les formations, c'était notre médecin. On peut faire des cas concrets. Il peut nous aiguiller. Et ça nous aide beaucoup. Il y a vraiment des choses qu'on ne doit pas faire du tout pour des autistes. Moi, je ne connaissais pas du tout. Je viens du Libéral et de l'EHPAD. En Libéral, j'ai eu peut-être une ou deux personnes, peut-être trisomie, mais à domicile, ça n'a rien à voir. Et ici, moi, l'autisme, c'était nouveau. Et puis, on entend autisme, on voit à la télé, mais ça n'a rien à voir avec ce qu'on a chez nous. Et du coup, c'est vrai que les formations, elles nous appellent à plein de trucs. Formation par les professionnels et surtout avec les soignants, les ASH qui sont là, qui les connaissent par cœur. On a des personnes, ça fait 20 ans qu'ils sont sur la MAS, les soignants. Ils connaissent tout. Ils savent même déjà, il a le regard noir, il va bientôt clasher. Alors que moi, je ne sais pas. Ils ont la connaissance des signes. Oui, parce que là aussi, l'observation au niveau du faciès, du comportement, de la démarche. On me disait, fais attention s'il marche en crabe, c'est qu'il va te charger. Mais maintenant, je le sais. Quand je le vois comme ça, je ne vais pas trop m'approcher. Au début, tu ne connais pas. Vraiment la connaissance du patient, du résident, qui est vite bloqué. C'est ce qui prime dans ce milieu-là.

Manel : Est-ce que vous avez une situation marquante en lien avec le sujet de la violence et des émotions à nous raconter ?

IDE K : Moi, celle qui m'a plus marquée, c'est vraiment quand... Alors, il y en avait deux dans ma carrière, vraiment. Deux situations de violence qui m'ont marquées. Une ici et une en

libéral. Si vous pouvez en raconter une d'ici. Ici, c'est un résident qui a craché, qui a frappé à coup de poing un aide-soignant parce qu'il l'avait mal interprété. Il venait d'arriver chez nous, donc il avait mal interprété ce qu'on lui avait dit. Il avait pris pour un refus. Et lui, il était vraiment intolérant à la frustration.

Manel : C'est un résident autiste ?

IDE K : Non. Et du coup, il a frappé le soignant, tiré du dati, injection... Et là, ça a vraiment monté crescendo. Et c'est vrai que là, tu te dis... Si c'est ça comme ça tout le temps, il n'est plus chez nous.

Manel : C'était la première situation de violence ?

IDE K : De grosses violences, oui. C'était l'année dernière, je crois.

Manel : Et vous avez ressenti quoi ?

IDE K : La peur, oui. La peur, oui, vraiment. Et puis, je me suis fait mal physiquement aussi parce que je me suis tellement crispée que je me suis bloquée le cou parce que j'ai reçu de la vitre sur moi. Ça m'avait quand même pas mal marquée. Et je me suis même dit, j'ai même dit à mon père, moi aussi, je ne suis pas venue là pour ça. Et si ça se reproduit une fois, deux fois, trois fois, je ne resterai pas. J'ai mes limites. Je n'ai pas envie de me rendre malade, de venir avec la boule au ventre pour ça. Bon, il est parti, il s'est calmé, il est parti, mais c'était quand même marquant.

Manel : Ok. Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose qui vous semble important ?

IDE K : Non.

Manel : On a fait le tour.

IDE K : Non, je pense qu'on a fait le tour. Pour vous, j'espère que j'ai pu répondre aux questions.

Manel : Merci beaucoup.

IDE K : Merci à vous.

Annexe IV.II : Entretien en Accueil Crise Fermé

Entretien 3 avec IDE D en Accueil crise fermé :

Manel : Alors, est-ce que tu peux te présenter avec ton année d'obtention du diplôme et toutes tes expériences jusqu'à aujourd'hui ?

IDE D : Très bien, je m'appelle ****, j'ai 33 ans, je suis infirmier depuis 2014, donc ça va faire 11 ans. J'ai été diplômé et j'ai commencé en psychiatrie quasiment directement 3 mois après. Donc j'ai 10 ans de services psychiatrie fermés, que des services fermés. J'ai fait 2 ans aussi dans le pool de remplacement dans l'hôpital psychiatrique ****, à effectuer chaque semaine des changements d'unités, donc chez les enfants, chez les personnes âgées, dans les services de crise, dans les services de ressources aussi, donc j'ai vu la palette un peu de ce qui pouvait se faire en intra-hospitalier. Ensuite, j'ai travaillé 5 ans en UHCD, donc c'est une unité d'hospitalisation de courte durée, c'est de la post-urgence psychiatrique. Et puis là, je suis dans ce service-là, à ****, depuis 4 ans et quelques environ. Je suis formateur en prévention et gestion de la violence en psychiatrie et j'ai fait de multiples formations, que ce soit sur la psychopathologie ou les approches groupales, ou la prévention du suicide, ou bien les formations de violence, ou le psychotrauma, etc. Je suis référent des étudiants aussi.

Manel : Est-ce que tu peux me parler du coup de ta pratique quotidienne du soin, le contexte du service, ton rôle, les principales difficultés ?

IDE D : Je suis infirmier à ****, on est un pavillon d'accueil et de crise qui est fermé. Donc on reçoit les gens, soit du domicile, soit des urgences, ou c'est le SAMU qui nous les amène directement. C'est quasiment que des gens qui sont sous contrainte hospitalière. Et donc on travaille avec le refus de soins quasi quotidiennement. C'est un service qui comporte 15 lits au total. On peut avoir 17 patients puisqu'il y a deux chambres d'isolement également. C'est un service à étage et qui est très désuet, très vieux.

Manel : Du coup, forcément tu as déjà été confronté à la violence. Comment tu définis la violence dans ta pratique professionnelle ? Quels sont tous les types de violences que tu as pu rencontrer ? Et si tu peux donner un petit exemple pour chaque type de violences que tu cites ?

IDE D : En premier lieu, je pense à la violence. La violence, c'est ce qui nous heurte. C'est un phénomène, c'est subjectif. Quelque chose qui peut te faire violence toi, ne peut pas m'en faire à moi. Mais il y a des bases communes comme la violence verbale. Ça peut être des insultes ou des cris ou la manière qu'on a de s'adresser aux gens. Ça peut être dans le ton aussi simplement qu'il est utilisé. La violence verbale, c'est quasi quotidien ici. Il y a la violence physique. Il y a une distinction à faire avec l'agressivité. Parce que la violence, c'est ce qui nous fait violence. La violence physique, ça peut être les coups. Ça peut être une menace de violence physique aussi. Ça peut c'est de la violence également. Des jets d'objets, des prises d'otages avec des armes. Des choses comme ça. Ça, ça arrive malheureusement trop fréquemment aussi. Dans mon travail, il y a la violence institutionnelle. Celle qui est donnée par l'institution. L'établissement qui fait qu'on est dans des locaux détériorés, asilaires. Parfois, ils n'ont aucune réponse à nos questions. Ou qu'on est maltraité institutionnellement. Ça, c'est un risque aussi.

Manel : Et tu y es fréquemment exposé à ces violences ?

IDE D : Cette dernière-là ?

Manel : Toutes les violences que tu as citées.

IDE D : A toutes ? Ah oui, oui, oui dans les services de crise.

Manel : C'est quotidien ?

IDE D : Si ce n'est pas quotidien, les risques sont quotidiens. On met tout un tas de stratégies en place pour prévenir toutes ces violences. Puisqu'on est au cœur de l'accueil des patients en crise. Quand il y a la crise, il y a une exacerbation des symptômes. Dans le traitement des psychoses, ça peut aller très loin parfois. Donc, effectivement.

Manel : Et toi personnellement, comment tu réagis face à un patient qui présente des comportements violents ? Toutes les stratégies d'adaptation que tu peux avoir personnellement. Et tous les moyens non coercitifs et coercitifs qui existent.

IDE D : La clé, c'est l'évaluation. C'est le regard que tu vas porter sur la situation. La première chose à faire, c'est de déterminer la situation qui est en face de toi de violence. Il faut que tu puisses voir si par exemple... Je te donne un exemple. Quelqu'un qui bouscule une autre personne dans un couloir, c'est pas la même chose que quelqu'un qui bouscule une autre

personne devant des escaliers. Alors que le geste c'est le même. Mais l'environnement c'est pas le même. Les personnes, il faut que tu puisses analyser qui fait quoi, à quel moment et sur qui. Les interactions qu'il y a entre les deux. Il faut que tu puisses savoir déjà toi-même où t'en es. Quand tu prends ton poste, le plus important c'est d'aller prendre toutes les informations en parallèle. Donc il faut que tu prennes ta relève. Il y a énormément de choses qui sont données dans les transmissions. Des antécédents des gens, il y a les antécédents de violences aussi. C'est important de les avoir en tête. On va être un peu plus vigilant en général sur les patients qui ont ces antécédents là. Donc il y a tout ce qui est lié au patient, son histoire, tout ce qui est lié à toi et tout ce qui est lié à l'environnement également. Parce que toi tu peux être dans un mauvais jour par exemple, et moins bien prendre quelqu'un qui est un patient qui te parle mal, qu'un jour où tout va bien entre guillemets. Il faut connaître un peu ses propres limites. Et ça il faut l'avoir en tête quand tu viens au travail. Il faut en général essayer de pouvoir le dire à au moins une personne en qui tu as confiance, dans ta tourne, avec qui tu comptes travailler. Parce qu'on est tous humains et c'est normal de ne pas être à 100% forcément tout le temps. On a des vies à côté. Mais si tu n'en as pas conscience et que tu fais le super-héros, ça ne va jamais marcher. Tu vas t'épuiser, ça ne va pas pouvoir durer longtemps quoi.

Manel : Et tout ça, ça s'acquiert avec l'expérience selon toi ?

IDE D : Expérience et formation et avec le compagnonnage qu'on fait entre nous. Parce que ce n'est pas appris dans beaucoup de livres. En tout cas, ce sont des livres qui sont un peu plus poussés. Tu peux voir quand tu fais des formations en psychiatrie par exemple. Et là, il y a des passerelles. Mais dans le tronc commun, ce n'est pas forcément enseigné. Il n'y a pas le temps de faire ça. Tu apprends sur le tas et en formation. C'est très important les formations. Vraiment, c'est primordial pour déjà se détacher de ton activité quotidienne parce qu'on est souvent la tête dans le guidon. Et que tu puisses avoir des repères théoriques par rapport à toute la pratique que tu vis tous les jours. Ça te permet de te dégager, de mieux comprendre comment tu vois les situations, comment tu fonctionnes. Et puis après, il y a tout ce qui est l'environnement qui est à prendre en compte, comme tu le disais. Parce que quelqu'un qui s'agite dans un service fermé, il y a des manières de faire qui seront différentes de quelqu'un qui s'agite dans la rue ou dans le cours de l'hôpital, dans le parc ou dans un service de resocialisation.

Manel : Tu peux donner des exemples ?

IDE D : Par exemple, quelqu'un qui s'agit alors qu'il est à la cafétéria, c'est-à-dire loin des autres services. Si tu veux, quand on pense à agitation, tu peux penser à l'intervention physique, mais en fait, pour moi, l'intervention physique, elle est tout en haut de ta pyramide. Et la première chose à faire, le truc de base, c'est parler à l'autre, et ça s'appelle la pacification. Et quand je parlais d'évaluer, c'est ça aussi. La pacification, c'est se centrer sur l'autre, donc sur la personne, et essayer d'identifier sa demande. Parce que son comportement peut induire implicitement une demande qu'il n'arrive pas à formuler. Par exemple, quelqu'un d'agité, quelqu'un de tendu, qui fait les 100 pas, qui peut cogner dans les murs, ça peut vouloir dire « je suis angoissé » ou « j'ai besoin d'aide » voilà. Après, il peut passer à un stade, par exemple, s'il est perturbateur, il ne fait que te solliciter, il frappe encore plus dans les murs, ou il interrompt les prises en charge des autres, etc. Ça veut dire « donnez-moi de l'attention ». Et qu'est-ce que tu vas faire ? En fait, il faut lui parler à cette personne. Et essayer de l'isoler des autres, de l'environnement, pour bien identifier ce dont il a besoin. Et si tu n'as pas ça en tête, tu peux passer à côté, ou juste lui dire d'arrêter son comportement. Sauf que ce n'est pas un cercle positif de lui dire d'arrêter son comportement, ça va juste renforcer à lui son comportement négatif.

Manel : Du coup, il vaut mieux respecter toutes ces étapes pour potentiellement désamorcer le pire ?

IDE D : Oui, mais c'est nécessaire. À part dans le cadre d'une violence immédiate, dont tu es témoin, il y a des coups qui sont portés, qui pleuvent, qui ne s'arrêtent pas, là, tu dois intervenir directement. Il n'est pas question de dire ça ne va pas, qu'est-ce qui vous arrive, alors qu'il est en train de taper ta collègue. On n'en est pas à cet endroit-là. Mais l'intervention physique, elle est toujours en haut de ta pyramide. Donc la base, c'est vraiment la pacification. Et ensuite, si ça, ça n'a pas marché, tu peux faire une requête bien précise à la personne. Et en fait, ce qui est difficile dans la pacification, c'est qu'il ne faut pas se mettre en avant. Et la technique, c'est de se centrer sur l'autre, plutôt. Par exemple, tu peux avoir une phrase d'accroche et lui dire ça ne va pas, ou lui dire dure journée, un truc court, et que lui, il rebondisse dessus. Mais pas je voudrais savoir comment vous allez, parce que déjà, tu t'impliques et tu mets un lien avec l'autre, alors que lui, il a juste besoin de faire sortir son émotion, de faire ventiler son émotion. C'est ça la clé. Il faut savoir se positionner. Ça, de toute façon, ça s'acquiert avec le temps. Avec le temps. Et les formations. Encore une fois. Notamment la formation Oméga, ça s'appelle ici à ****.

Manel : Est-ce que tu pourrais en parler un petit peu ? Les formations que tu as pu avoir.

IDE D : Moi, à ****, c'était un dérivé de la formation Oméga. En fait, c'est des associations québécoises qui sont venues importer leur technique de désamorçage de crise en psychiatrie. Désamorçage de la violence. Ils ont enseigné ça. Il y a Apic et Oméga. C'est les deux organismes principaux. La base, comme je te l'ai dit, c'est le travail en sécurité. Parce qu'on n'est pas là pour prendre des coups ou pour se faire violenter toute la journée. Ce n'est pas sain. La sécurité, elle prime sur les soins prodigués. Et ça, on ne peut pas... C'est non négociable. Il est hors de question que toi, tu viennes travailler alors que tu as un risque par rapport à ton intégrité, alors que tu viens prodiguer des soins aux personnes. La base, c'est ça. Et pour mettre en place ça, il faut mettre un climat de confiance avec les patients, avec tout le reste de l'équipe, qu'on ait une base commune. Mais les formations, ça t'aide à acquérir cette base-là. Puisque ce ne sont pas des choses qui sont enseignées à l'école. Personne ne t'apprend comment apaiser quelqu'un avec des techniques d'entretien. Là, les formations te servent à faire ça.

Manel : Et toi, tu as vraiment vu la différence entre l'avant-formation et l'après ?

IDE D : Oui. Moi, je me suis inscrit en formation. J'ai demandé à être formateur à la suite d'une situation de violence. C'est un patient, c'était en début de carrière, qui frappait trois de mes collègues infirmières dans un coin depuis plusieurs minutes. On a été appelé sur le DATI. C'était très violent de voir nos collègues se faire rouler de coups. L'intervention ne s'était pas très bien déroulée. Avec le patient, c'était compliqué. On avait galéré. Je me suis dit qu'il faut que je m'implique plus là-dedans. Il y a du travail à faire. On peut améliorer les pratiques. C'est intéressant pour tout le monde. C'est intéressant pour soi, pour le patient, pour l'hôpital. Après, tu te mets en arrêt, tu reviens dans longtemps. Et ça laisse des traces sur une carrière. Je me suis dit qu'il faudrait s'impliquer pour essayer de faciliter ça. Parce que les risques... Tu as été en stage ici, tu as vu que ça peut aller très vite. Et si tu n'es pas formé, que tu n'as pas cette oreille attentive à ce risque-là, tu augmentes les probabilités qu'un événement comme ça survienne. Donc oui, les formations, avant et après, on les voit vraiment. Ici aussi, quand j'ai fait la formation Oméga, c'est des choses que je connaissais déjà, mais c'est la culture de l'établissement. C'est important de s'en imprégner aussi.

Manel : OK. Toi, personnellement, comment tu gères tes émotions face à une situation de crise ?

IDE D : Eh bien, c'est assez... C'est assez automatisé maintenant. Pour moi, la base, c'est qu'on soit tous en sécurité. Les patients, nous, les familles qui viennent. C'est ça. Du coup, quand il y a une situation de violence qui peut survenir comme ça, je ne sais pas comment dire, mais la tête, l'état d'esprit, il se met sur... Déjà, tu as l'adrénaline, donc tu agis vite, tu agis plus vite, tu réfléchis plus vite. Et donc, quand tu fais face à ça, à de la violence, tu as plusieurs types d'actions, mais qui sont presque instinctives. Tu peux fuir, tu peux foncer, tu peux figer. Et je crois qu'il y en a une autre, mais je crois qu'il y en a une quatrième. Je crois que c'est les quatre F, c'est pas les trois F.

Manel : Et toi, personnellement, c'est quoi qui t'arrive le plus souvent ?

IDE D : Moi, c'est foncer. Moi, c'est foncer, mais pas foncer tête baissée non plus, parce que je suis cérébrale. En général, vu que j'ai rencontré pas mal d'exemples de situations, j'arrive vite à le ranger dans quelques cases et à l'évaluer. Je te parlais de l'évaluation au début. Ça, c'est quelque chose que tu acquiers au fur et à mesure. Après, tu te fais ta réflexion clinique et tu arrives à déterminer dans quel cadre on est. Est-ce que le patient, là, il est juste tendu ou est-ce qu'il est perturbateur ou est-ce qu'il est en danger, est-ce qu'il met en danger gravement la personne ? Dans quel cas on va s'inscrire un petit peu ? Et ensuite, que tes actions découlent de ça. Est-ce que je vais juste l'isoler pour lui parler ? Est-ce qu'il faut intervenir physiquement, directement ? Ça se fait en quelques secondes. Ce qui est bien, ce qui est toujours mieux, c'est qu'on puisse le faire à plusieurs. Parce qu'en psychiatrie, on dit toujours qu'il est urgent d'attendre. Sauf en cas de violence immédiate, où là, il n'y a pas besoin d'attendre. S'il est en train de cogner n'importe qui dans l'unité, je ne vais pas essayer de réfléchir, il faudrait que je l'isole. Il faut déjà le maintenir, il faut l'immobiliser. Ça veut dire qu'il faut connaître les techniques que tu peux employer pour immobiliser quelqu'un.

Manel : Tu peux un peu en parler ? Il ne faut pas rentrer dans les détails.

IDE D : Ça dépend du contexte. Immobiliser quelqu'un qui est debout, ce n'est pas du tout la même chose qu'immobiliser quelqu'un qui est allongé dans un lit, ou qui est au fauteuil, ou qui est assis. Immobiliser quelqu'un qui est en face de toi, ce ne sont pas les mêmes techniques que quand il est dos à toi, ou sur le côté. Tu as des techniques d'approche. Nous, on apprend à y aller à trois. Tu as toujours un leader qui est devant, et tu as deux soutiens qui sont derrière. C'est le leader qui parle, c'est lui qui dirige, et c'est lui qui donne le top, s'il doit y avoir un top. On a un mot entre nous. Le leader prend la température, il maintient la parole

avec l'autre. S'il voit qu'on ne va pas arriver à une conclusion satisfaisante et à retourner dans la sécurité, il peut donner le mot. À ce moment-là, les deux soutiens vont sur les côtés du patient. Ils peuvent lui maintenir les bras, puis ensuite l'aider à le ramener physiquement. Il y a plein d'autres techniques d'immobilisation. Tu peux immobiliser que les bras et le faire marcher, ou tu peux le mettre au sol si vraiment il est extrêmement dangereux. Après, si tu commences à faire ça, il va découler un tas d'actions différentes. C'est pour ça que... C'est pour ça que chaque situation... L'intervention physique, potentiellement, après, va se passer quoi ? Quand tu imagines qu'il immobilise quelqu'un au sol, là, on est tout en haut de la pyramide d'intervention. Normalement, tu as essayé de pacifier, de demander clairement ce que tu voulais au patient, de faire une trêve avec lui, d'essayer de l'isoler, de créer un espace d'apaisement avec lui, de faire un entretien, de lui proposer un traitement, d'appeler sa famille, d'écrire son plan de prévention partagé pour qu'il dise... Peut-être qu'il ne s'en souvient pas, mais on a écrit avec lui les moments qui étaient critiques. Et on a donné des actions à ce moment-là. Et si tout ça, vraiment, ça n'a pas marché, tu as l'intervention, mais après, s'il est vraiment violent et qu'il y a un risque de violence, il faut le mettre en isolement, le patient. Donc il faut l'amener en isolement et peut-être que ça ne sera pas suffisant, il faudra le contenir physiquement avec les entraves en tissu. Si tu immobilises quelqu'un, ça fait tout un tas. Isolement, contention, ça fait du temps, de la procédure, le lien avec le patient qui s'abîme, tu vois. Le but, c'est d'éviter le plus possible de faire ça. C'est pour ça qu'il faut bien évaluer les départs. C'est pour ça que tu dois construire ta pyramide par le bas et tu dois déjà apprendre à pacifier toutes les situations et à comprendre ce dont l'autre a besoin.

Manel : Du coup, juste pour revenir aux émotions, est-ce que tu as déjà ressenti du stress ou un impact sur ton bien-être à cause de la violence ?

IDE D : Ah oui, le stress, oui. Déjà, on porte les DATI en permanence quand on arrive, c'est les dispositifs d'alerte pour les travailleurs isolés. Et quand il sonne ce truc, moi ça me met instinctivement le stress mais pas à la négative, c'est juste que ça me met en marche et je regarde le truc et on court. Ah, il y a un collègue qui potentiellement est en difficulté, donc il faut absolument aller l'aider. C'est la question d'aller aider ton collègue. Donc oui, le stress, la peur, bien sûr, j'ai déjà ressenti ça. Un patient, il avait démonté un néon, les grands néons, les grandes lumières, il le tenait dans la main, il voulait agresser tout le monde, on avait peur à ce moment-là.

Manel : Et comment tu fais ? Du coup, tu mets à l'écart tes émotions et tu fonces comme tu disais tout à l'heure ?

IDE D : Ça dépend. Par exemple, c'est quand même intéressant de pouvoir dire aux patients ce qu'ils nous renvoient. Mais si tu veux accepter sa peur, ça va être accepté d'en parler aussi. Parce que tu peux la mettre de côté, ta peur, mais potentiellement elle va ressurgir quelque part. Si ce n'est pas à cet endroit-là, ça sera ailleurs. Du coup, moi je sais que j'ai déjà dit à des patients là vous êtes en train de nous inquiéter, on est inquiets pour vous. Je ne sais pas si j'ai utilisé le mot peur personnellement, mais d'inquiétude, on est très concerné. Et ça, je l'ai déjà renvoyé. En fait, moi j'évite le plus possible de m'impliquer personnellement. Parce que le lien à l'autre, il est très important, mais c'est un lien professionnel. Je pense que si on s'implique trop, ça peut amener d'autres soucis, d'autres perturbations. Une espèce de... Le lien, déjà, il peut être renversé par le patient. Dans les troubles à la limite, c'est des pathologies du lien, donc ils sont dans la fusion, ou dans la répulsion. Si tu te mets en avant, ça peut être très bien perçu par l'autre, et finalement, il va te rejeter. Moi, j'ai appris, mais ça on ne te l'apprend pas au début, à essayer de se décaler de ça. Mais ça ne veut pas dire que tu enlèves ton humanité, c'est juste que tu essaies d'enlever l'ego et de ta personne, parce que c'est pas... Pour moi, c'est pas ça qui fait soin en crise, en psychiatrie. Mais c'est des visions...

Manel : Penses-tu que l'expression des émotions dans ta pratique, elle influence ton efficacité en tant que soignant ? Est-ce que c'est une force, une vulnérabilité ? Pour toi, il faut garder cette distance ?

IDE D : Oui. Moi, je pense que c'est une force, parce qu'il ne faut pas les nier non plus. Mais la force, ça va être de reconnaître son propre fonctionnement. Puisque tu vas induire des choses chez l'autre sans que tu le veuilles. Si t'as peur... Il y a des choses qu'il sent, et les patients le sentent aussi. Ils peuvent sentir que tu es sur la réserve, ou que tu es perturbé à un moment, ou que tu n'es pas totalement disponible. Ou que tu peux être heureux, ils le sentent aussi. Ou que tu peux être triste. C'est travailler avec. Vraiment. Mais que ça ne soit pas... Nos émotions, on est professionnels de santé, donc ce qui est important, c'est le bien-être du patient, et que toi, tu puisses travailler sereinement. Pour moi, dans la relation, dans le soin en psychiatrie, ce qui est important, c'est surtout ce qu'il y a chez l'autre. Et savoir reconnaître ce qu'il y a chez soi. Mais pas que ça vieille. Selon moi, il y a un filtre à mettre. Parce que ça reste une relation de soignants-soignés. Ce n'est pas une relation... Ce n'est pas une relation

interpersonnelle, comme on peut avoir avec des amis, ou avec des proches. Il faut que ce soit assez équilibré. Oui, je pense. C'est ma manière de faire, mais il y a un filtre.

Manel : Est-ce que toi, tu as eu des situations où tu as eu une difficulté à garder cette distance émotionnelle avec les patients ?

IDE D : Oui, oui, oui. Déjà, la situation dont je t'ai parlé tout à l'heure, qui m'avait donné envie de devenir formateur, c'était une intervention dans le service où j'étais resté le plus longtemps. Et c'était trois infirmières que je connaissais très bien. Et le patient aussi, je le connaissais. Du coup, c'est vrai que je me souviens encore d'ouvrir la porte et de voir la scène. C'est comme si la scène avait un peu jailli sur moi, explosé, comme ça, une demi-seconde où j'étais un peu figé. Et puis ensuite, j'ai foncé, j'ai couru pour qu'on puisse les aider le plus vite possible. Mais ça m'a fait violence. Elles sont tous les coups, donc c'était très violent pour elles, mais pour moi, qui étais témoin de ça, c'était violent aussi. Donc après, quand ça vient toucher des gens que tu connais, ça peut être difficile. Des fois, il y a des situations, il y a certains patients pour lesquels on a beaucoup de peine. Et on ne peut pas non plus... On est là pour les accompagner, mais on ne peut pas être la même épaule qu'un ami ou que de la famille. C'est une aide, une assistance, dans laquelle j'ai mis une sorte de modération professionnelle que personne ne t'apprend vraiment. C'est quelque chose que tu construis dans ta carrière, avec les échanges avec tes collègues, en t'identifiant à certaines pratiques ou au contraire, par opposition à d'autres. C'est comme ça que tu construis ta propre manière de faire. Ou de voir un patient en colère, s'énerver, ça peut aussi nous-mêmes nous énerver. Tu reçois, on nous apprend à faire de l'écoute empathique, tu deviens le réceptacle de l'autre. Tu accueilles ces choses-là et elles passent par toi, avec un certain nombre de filtres. Comme elles passent par toi, ça transite et ça peut te rappeler à des propres choses que j'ai vécues. Il y a des situations plus délicates que d'autres. Par exemple, si tu fais un entretien avec quelqu'un et que tu commences à réfléchir à toi, à ton vécu, c'est que tu n'es plus avec la personne. La focalisation doit se faire sur l'autre. Et ça met en difficulté. On est humain, c'est ancré en nous, mais il faut savoir les mettre de côté. C'est comme si on a une conversation, tu vas me dire ce qui te passionne, ce qui te plaît, et je vais rebondir en disant « Moi, ce qui me plaît, c'est ça ». Mais dans la relation soigné-soigné, on s'en fiche. Ce n'est pas ça qui est important. Ce n'est pas de savoir ce que l'infirmier aime bien. Ce n'est pas vraiment ça. C'est vraiment le patient qui est le centre.

Manel : Et du coup, quels sont les moyens que tu utilises pour prendre du recul quand tu vis une situation qui est émotionnellement éprouvante pour garder ton équilibre professionnel ? Est-ce que tu as besoin de te décharger ? C'est quoi tes...

IDE D : Déjà, l'auto-analyse. Sauf que ce n'est pas du tout suffisant. Il y a le dialogue avec tes pairs. C'est vraiment un truc hyper important. Ça s'appelle aussi, tu peux dire, le defusing. C'est un débrief à chaud, en quelque sorte, pour que tu puisses dire tout ce qui te traverse juste après ce genre de situation. Le reprendre entre nous, ça te permet déjà de te décaler de ce qui vient de la violence des événements qui se sont passés. Ce qui est intéressant, c'est de le faire avec des gens qui t'as confiance. Il faut le faire avec les collègues qui étaient là, mais s'il y a aussi, tu peux te permettre de parler de ce que t'as ressenti en fond avec quelqu'un qui t'as confiance, c'est le mieux. C'est pas forcément quelqu'un du travail. Peut-être que tu vas pas tout dire à la personne. Exactement, ça peut être n'importe qui. Mais pas un patient. On va pas se tromper. Il y a des histoires dans les hôpitaux. Il y a le débrief à chaud. Après, il y a... C'est vraiment sur le professionnel, c'est pas avec le patient. Propre à toi, oui. Comment tu fais pour te déverser tout ce que... Moi, je fais auto-analyse. Après, avec les collègues qui sont là, tous ceux qui ont participé à la situation, on peut, dans un second temps, aussi reprendre ces choses-là avec le patient. C'est toujours avec le degré du professionnel. Oui, il y a une certaine approche. Voilà, puisque c'est dans son intérêt aussi que ces événements arrêtent de survenir. Et puis ensuite, il y a... Si t'as vécu vraiment quelque chose de difficile et qu'il faut pouvoir permettre à la personne de partir du lieu de travail, par exemple, les collègues dans la situation qui se sont fait agresser, ils ne sont pas restés en poste, c'était impossible. Il y a une solidarité qui s'est créée, d'autres collègues sont venus, on a pris leur fin de service, et ils ont pu partir aux urgences. Il faut que l'institution leur permette de partir. Moi, ça ne m'est pas arrivé, mais il faut que tes collègues, après que tu aies vécu ça, il faut qu'ils puissent assurer la continuité des soins si tu n'y arrives plus. C'est vraiment essentiel. Il faut qu'on soit des soutiens les uns pour les autres. Et puis ensuite, il y a tout ce qui est personnel, les passions qu'on peut avoir, les activités qu'on apprécie, qui nous divertissent aussi.

Manel : Ici, vous avez un espace... fin des temps de parole dédiés à ce genre de choses ?

IDE D : Eh bien, on a une réunion clinique hebdomadaire qui sert à plusieurs choses. On peut très bien parler des patients comme des sujets qu'on a envie de mettre en avant. Et on peut reprendre des situations qui ont été vécues comme difficiles aussi. Donc il y a cet espace de

parole-là. Après, il y a la médecine du travail, si tu peux aller parler à la médecine du travail également. Sur des événements traumatiques, bien sûr, tu peux aller. Il y a une infirmière, il y a un psychologue, il y a un médecin. Tu peux aller leur parler facilement.

Manel : OK. Du coup, comment la violence va affecter ta manière d'agir avec les patients ? Est-ce que ça va modifier ton comportement ? Est-ce que tu l'as déjà vécu ?

IDE D : Ça modifie dans le sens où... Moi, ça me met sur mes gardes. Donc ça peut... J'essaie de le gommer parce que l'effet que ça peut donner, c'est de la distance avec l'autre. Et ça t'empêche de faire la rencontre qui est normalement programmée par les soins. Et ça serait dommage. Parce qu'un patient violent, ça reste un patient. Après, il y a des solutions qui sont trouvées. Par exemple, si un patient est extrêmement violent ici, au sein de cette équipe, il peut y avoir ce qu'on appelle un dépannage éthique. C'est-à-dire que, temporairement, c'est un autre service qui s'en occupe. On fait une mutation. Le patient m'a agressé physiquement, je dois aller à l'hôpital, etc. Pour mes collègues, le prendre en charge, symboliquement, ça peut être difficile. Émotionnellement aussi. Donc il y a des choses comme ça qui sont possibles. Pour que ça t'impacte le moins négativement possible, à mon sens, il faut justement mettre du sens sur sa violence à lui. Et la violence, en général, c'est l'impossibilité de dire ce qui n'a pas été. C'est de mettre en mots l'innommable. On a tout un rôle de prévention à faire ça. Mais il y a tout un rôle après les situations de violence. C'est vital de reprendre avec le patient le schéma de ce qui vient de se passer. Puisque s'il est violent là, dans un milieu de soins, il peut l'être à n'importe quel endroit de sa vie, avec d'autres personnes, et ça va lui nuire. Ce n'est pas acceptable pour lui, ce n'est pas acceptable pour la société. C'est condamnable. La violence a du sens, mais il faut aller la chercher. Qu'est-ce que ça lui a renvoyé à lui ? Comme c'est subjectif, il faut essayer de comprendre ce qui s'est passé. Même s'il y a eu de la violence, il faut s'intéresser à l'autre et aller voir.

Manel : Est-ce qu'après des situations de crise, tu ressens des difficultés à maintenir la communication et l'alliance thérapeutique avec le patient concerné ?

IDE D : Oui, ça peut arriver.

Manel : Et tu as des stratégies pour restaurer cette confiance qui s'est perdue ?

IDE D : Pour moi, la reprise des événements, ça sert à ne pas faire comme si rien ne s'était passé. Parce qu'on peut avoir une tendance, le patient et le soignant, à être dans une sorte de

déni qui peut être un peu confortable, où on ne reparle pas trop de ce qui s'est mal passé. Comme tu peux avoir ça dans la société avec n'importe qui, d'ailleurs. Mais selon moi, on passe à côté du problème, du nœud. Parce que s'il y a eu de la violence, c'est qu'il n'y a pas eu de possibilité d'expression. Autre que celle-là. Or, c'est celle qui fait des dégâts incommensurables. La difficulté peut être présente, et c'est pour ça qu'on a une équipe, d'ailleurs, et qu'on peut passer le relais à ses collègues. Mais je crois qu'on a du mal à échapper aux conversations avec le patient sur le retour sur les événements. Selon moi, ça permet de redémarrer quelque chose.

Manel : Et du coup, selon toi, c'est quoi les éléments qui favorisent une meilleure relation soignée en soignée pendant la situation de crise ? Dans tout ce qu'on a dit, les plus importants. Les éléments les plus importants ? Un peu pour conclure.

IDE D : Je dirais, la chose la plus importante, c'est que toi, tu sois conscient de ton fonctionnement et de tes limites. Que tu aies une connaissance du patient, le plus possible, et une connaissance de l'environnement. Ensuite, la chose vraiment très importante, c'est la pacification. C'est justement tout faire pour ne pas en arriver jusqu'à la crise et à la violence. Et rien que dans ça, il y a tellement de choses à faire, de stratégies d'évitement de ces moments-là. Selon moi, c'est ça le plus important. Après, comme ça fait dix ans que je suis en service d'accueil, crise fermée, il y a des situations où ça ne marche pas. On a beau faire tout ce qu'on pouvait, on n'a pas réussi à endiguer ce problème de violence. Et on arrive à des passages à l'acte violent, qui sont des fois parfois imprévisibles. Donc il faut quand même avoir la connaissance de comment tu peux agir sur les situations de crise, et comment tu maîtrises quelqu'un, et quels soins tu peux faire, et comment on récupère tout l'ensemble pour continuer de soigner la personne le mieux possible. Donc si je devais dire vraiment la chose la plus importante, pour moi c'est la pacification et le travail en équipe.

Manel : Est-ce que tu as une situation marquante en lien avec la violence, des émotions que tu voudrais raconter ? Une autre situation qui t'a... Tu peux dire non puisque tu en as déjà raconté une.

IDE D : Tu vas écrire tout ça après ?

Manel : Oui, je vais écrire plein de choses !

IDE D : Alors il y a 6 mois, j'ai vécu une situation très difficile, où une patiente fait une tentative de suicide par IMV. Elle passe aux urgences de ****. Aux urgences de ****, il nous la transfère ici, en nous disant que l'infirmière des urgences n'a pas pu lui faire son injection de sédatif de loxapac, parce qu'elle était débordée. Donc la patiente arrive attachée sur un brancard avec des ambulanciers privés, non-sédaturée, donc agitée, et avec des idées suicidaires très importantes. Donc on l'a installée en chambre d'isolement pour la protéger, parce qu'elle était déjà attachée aux urgences depuis plusieurs heures. Et quand on l'a mise dans la chambre d'isolement, elle n'avait qu'une seule idée en tête, c'était de mettre fin à ses jours. C'est une patiente qui était dépressive. Et elle était vraiment très, très, très déterminée. Et on a essayé de rester avec elle une demi-heure, même encore plus, de faire une présence tout le temps. A un moment donné, on ne pouvait plus rester tout le temps avec elle, il fallait qu'on s'occupe des autres, donc on a fermé la chambre d'isolement en l'habillant en préalable avec la tenue réglementaire. Et en fait, avec l'expérience, il y a des choses que tu peux sentir, ou alors il t'est arrivé des situations. Et donc au bout d'une ou deux minutes, on était restés dans le sas de la chambre d'isolement, et on voulait déjà voir comment ça se passait. Et quand on a ouvert le fenestron, elle était en train de se stranguler avec le pyjama. Donc on est rentrés, mais se stranguler vraiment, on voulait vraiment en finir. On ne pouvait pas la raisonner, donc on a dû procéder à une contention mécanique. Et ça a été très violent, parce qu'elle n'était pas assez datée, donc voilà, elle avait une volonté de mourir qui était immense. Et quand on l'a attachée physiquement aux quatre membres, elle n'a pas voulu se laisser faire, donc on a dû faire rentrer du monde. Et puis il y avait le psychiatre de garde qui était là avec nous. Et à ce moment-là, même attachée, elle a réussi à enlever une partie de son pyjama, et elle s'est restrangulée. Donc on a dû la laisser sans le haut du pyjama attaché. Et ça nous a fait violence. C'était très difficile. On compatissait, mais tu ne peux pas être non plus dans une empathie totale, mais tu es exposée aux souffrances des gens. Quand tu es exposée aux souffrances psychotiques, il y a déjà une barrière qui se crée, parce que ce n'est pas la même organisation psychique, donc il y a quand même une frontière. Mais j'ai trouvé que quand c'est quelqu'un de dépressif et de névrotique, comme la plupart d'entre nous, ça peut renvoyer encore d'autres choses. Le respect de la dignité est vraiment au cœur de nos pratiques. Là, on a dû faire quelque chose d'indigne pour la protéger, elle. Donc ça m'a fait violence.

Manel : Et aujourd'hui, tu t'en es remis de cette situation ?

IDE D : Oui. De toute façon, elle est restée dans l'unité. Cette patiente, on l'a soignée. Et deux jours plus tard, elle n'était plus en chambre d'isolement, elle avait moins d'idées suicidaires, presque plus. Et j'arrivais, je crois que c'était l'après-midi. Oui, ça doit être ça. J'arrivais et elle est venue dans le service me serrer la main et me dire « Je suis désolé pour ce qui s'est passé à l'arrivée, je suis allé trop loin. » Donc tu vois, c'est elle qui a enclenché ce truc-là. Et moi, je l'ai remercié d'avoir fait ça. Oui, parce qu'à tout part, ça te fait du bien. Oui, tu vois. Puis c'est déculpabilisant, parce que l'action qu'on a faite, c'était un soin, mais que tu peux considérer comme partiellement indigne, tu vois. Mais tu la protèges, en fait, parce que c'est soit ça, soit elle meurt, en fait. Donc dans la balance bénéfice-risque, tu as fait l'évaluation. Il y avait plus de bénéfice à la laissée torse nue et contenue et en vie que décéder dans la chambre, habillée et décédée. Et donc, oui, ça m'a provoqué une sorte un peu de soulagement qu'elle puisse faire ça.

Manel : Ok.

IDE D : Et puis on a pu en reparler avec elle et tout ça, donc c'était plus simple.

Manel : Ok. Est-ce que tu veux ajouter quelque chose ?

IDE D : Non, je te remercie pour ton questionnaire et ton écoute.

Manel : Super, merci beaucoup

Entretien 4 avec IDE F en Accueil crise fermé :

Manel : Est-ce que tu peux te présenter, avec ton année d'obtention de diplôme, toutes tes expériences professionnelles ?

IDE F : Du coup, je suis ****, ça tu ne vas peut-être pas le noter. Je suis infirmière en secteur psychiatrique depuis la sortie de mon diplôme. J'ai été diplômée en mars 2017. J'ai commencé mon parcours professionnel par les UMD où j'ai été infirmière pendant un an sur l'hôpital du **** à ****. Suite à ça, j'ai fait trois ans en usine, en unité de soins intensifs psychiatriques sur ****. Et après, je suis arrivée ici en août 2021, en accueil crise fermé.

Manel : Est-ce que tu peux me parler de ta pratique quotidienne du soin, le contexte de travail, ton rôle, les principales difficultés que tu rencontres en tant qu'infirmière en psychiatrie ?

IDE F : Je ne vais pas te parler de mon poste de J parce que sinon ça va complètement sortir du truc. Je suis infirmière en accueil crise fermée. Nous, on accueille les patients, tu le sais Manel, qui viennent de l'extérieur, qui sont en crise psychique. Ils peuvent venir soit des urgences, soit directement chez eux et du commissariat aussi parfois. Notre job, c'est de faire passer la crise psychiatrique, de soulager les gens pendant la période de crise. Donc, on est face à des gens qui sont complètement déstructurés, qui peuvent en effet être violents, qui peuvent être complètement délirants, hors de la réalité. Et notre travail, c'est grâce à des soins relationnels et des thérapeutiques, restabiliser leur état psychique.

Manel : Du coup, toi, tu as déjà été confrontée à la violence. Donc, comment tu définis la violence dans ta pratique professionnelle ? Toutes les formes de violence que tu as pu rencontrer, du coup. Et si tu peux donner un petit exemple pour chaque type de violence que tu vas évoquer. Sans rentrer vraiment dans les détails parce qu'après, on va évoquer une grande situation que tu voudras choisir.

IDE F : Alors, il peut y avoir de la part des patients, déjà. Du coup, de la violence physique, verbale, psychique. La violence physique, ça peut être des agressions. La violence psychique, ça peut être... Verbale, on va partir de verbal. Verbal, ça peut être des insultes, plein d'autres choses. Et psychique, ça peut être un patient qui fixe sur toi et qui va essayer de rentrer un petit peu dans tes failles, dans tes difficultés pour essayer de t'atteindre psychologiquement. Après, tu as aussi la violence institutionnelle qui existe et qui est induite par l'état actuel du système

de santé en France. Et l'hôpital s'y plie complètement. Donc, tu as toute forme de violence institutionnelle. Ça va de ne pas donner de solution à un patient qui est en soins de consentement, en consentement, dans une unité de soins sans consentement depuis 4 ans. Ça peut être accueillir des gens qui n'ont rien à faire dans un service de soins sans consentement. Ça peut être les locaux, ça peut être les moyens humains, ça peut être toutes ces choses-là.

Manel : Et du coup, toi, tu as rencontré toutes ces formes de violence ?

IDE F : Oui, je pense.

Manel : Et à quelle fréquence tu y es exposée ?

IDE F : La violence institutionnelle, je pense qu'on y est exposée absolument tous les jours. Sauf que c'est tellement ancré dans notre pratique et dans nos mœurs qu'on s'en rend parfois même plus compte. Et la violence de part les patients, c'est quand même relativement fréquent, mais c'est en lien aussi avec leur état psychique. Donc, elle n'est pas forcément dirigée, mais elle est existante. Peut-être pas quotidien, mais quasiment.

Manel : Et du coup, toi, personnellement, comment tu réagis face à un patient qui présente des comportements violents ? Tu as des techniques pour désamorcer ces situations ? Tous les moyens qui peuvent exister, qu'ils soient non coercitifs ou coercitifs, dans la mesure où on doit les utiliser.

IDE F : Moi, je suis formée à la gestion de l'agressivité et de la violence. J'ai eu plusieurs formations différentes, donc plusieurs techniques différentes de gestion de l'agressivité et de la violence. Le premier point qui t'aide pour la gérer, c'est la formation. Et le deuxième point qui va t'aider, c'est l'expérience. Parce qu'au début, les situations de violence, par exemple les violences psychiques, elle est induite par ta posture professionnelle et par ton expérience professionnelle. Et donc du coup, au fur et à mesure des années, moi du coup, ça fait huit ans que je suis infirmière, je développe des capacités à pouvoir m'en protéger et pouvoir soit les différer, soit les pacifier.

Manel : Oui, ça devient plus facile avec le temps.

IDE F : Complètement.

Manel : OK. Du coup, comment... Là, on va passer à un autre sujet. Comment tu gères, toi, tes émotions face à une situation de violence ou de crise ? est-ce que t'as...vraiment tu peux parler personnellement, par rapport à ce que tu as pu vivre, toi.

IDE F : Là aussi, je pense que l'expérience a son impact. L'expérience et la formation, mais surtout l'expérience. Parce qu'au début, il y a des violences que tu te prends de plein fouet et qui te heurtent. Parfois, ça te heurte même personnellement, alors que ça devrait te heurter que professionnellement. Parfois, ça peut aller jusqu'à te heurter personnellement. Surtout qu'on fait du soin relationnel et donc du coup, on travaille aussi avec ce qu'on est. Mais je pense qu'avec l'expérience et les formations, tu développes du coup des choses pour pouvoir les canaliser et contenir tes émotions et les analyser par la suite. Mais n'empêche que quand tu vis une situation de violence, quelle qu'elle soit, retrouver un patient pendu, c'est de la violence. Tu peux le vivre comme de la violence. Tu ne peux pas forcément savoir comment tu vas réagir face à ce genre de situation. Maintenant, avec mon expérience, je ne peux pas dire que je réagis toujours de manière professionnelle parce qu'en fait, on n'en sait rien, mais j'essaie de le faire. Parfois, par contre, a posteriori, quand tu rentres chez toi, tu cogites, tu n'es pas bien, tu y réfléchis, tu analyses, etc. Les émotions, on les contient parce qu'on est dans le monde professionnel et parce qu'on a l'expérience pour le faire. Mais par la suite, ça peut amener à d'autres réflexions personnelles plus profondes.

Manel : Pour décharger, tu fais quoi en général ?

IDE F : Déjà, pour décharger, quand il y a une situation de violence à l'hôpital, on parle de la violence des patients. En général, suite à un passage à l'acte, on fait un débrief en équipe du passage à l'acte. Ça, ça permet de faire un premier décharge. Après, il y a la régulation, normalement, qui est mise en place. Clairement, ça se répète. Tous les soignants, surtout en psychiatrie, ont besoin de thérapie parce que ça peut permettre aussi de décharger, d'analyser. Moi, par exemple, je suis médecin en psychothérapie, donc ça peut m'arriver parfois d'évoquer des cas au travail. Et moi, j'essaie de réfléchir, d'en discuter avec mes collègues sur les temps informels, tout ça. J'essaie de décharger un petit peu. Parce que, en fait, le verbaliser des émotions, les analyser et les verbaliser, les émotions que tu as ressenties, ça aide à décharger. Mais ça n'empêche pas de les ressentir dans les mois qui sont contents. Franchement, on est humain, donc dans tous les cas, on ne peut pas les bloquer.

Manel : Du coup, toi, tu as déjà ressenti un stress ou un impact fort sur ton bien-être ?

IDE F : Oui, ça m'est déjà arrivé.

Manel : Est-ce que tu penses que l'expression de tes émotions dans ta pratique, elle va influencer ton efficacité en tant que soignante ? Est-ce que ça va être... Pour toi, est-ce que c'est une force ou une vulnérabilité ? De pouvoir les exprimer ?

IDE F : Oui. Alors, je pense qu'à l'instant T, ce n'est pas forcément le moment pour les verbaliser. Mais je pense qu'en effet, sur les temps de débrief informels ou formels, c'est une force de pouvoir les verbaliser. Parce que si tu les verbalises, tu les décharges, comme je te disais juste avant. Si tu n'arrives pas à les verbaliser, tu les gardes. Et du coup, c'est compliqué de pouvoir passer à autre chose.

Manel : Est-ce que pour toi, des fois, c'est difficile de garder une certaine distance émotionnelle avec certains patients ?

IDE F : Maintenant, non. Mais au début de ma pratique, oui, souvent. Mais c'est normal, en fait. Mais au début de ta pratique, tu prends des histoires de violence de plein fouet. Tu vis des scènes violentes, tu t'entends et tu absorbes des histoires de violence, de traumatisme, etc. Ça peut parfois faire écho à des choses que tu as vécues. Tu fais des transferts. Il y a une histoire du transfert contre le transfert qui est hyper importante. Quand tu n'as pas les armes pour construire quelque chose autour de ton transfert ou de ton mouvement de transfert, c'est compliqué. Donc, je pense que l'expérience, elle t'amène à ça.

Manel : Et du coup, toi, c'est quoi les moyens que tu utilises pour préserver ton équilibre professionnel face à une situation qui va t'éprouver émotionnellement ?

IDE F : Si t'as un exemple, tu peux l'illustrer par une situation où tu peux parler en général. Qu'est-ce que tu fais quand vraiment... Moi, j'ai besoin d'en parler. Donc, a posteriori, je vais avoir besoin d'en parler avec mes collègues, de décharger, de reprendre la situation. Mais il y a beaucoup moins de situations qui m'impactent maintenant qu'avant. Avant, ça m'arrivait très souvent. Maintenant, c'est très rare que ça m'impacte au point où je rentre chez moi et j'y réfléchis encore.

Manel : Et pourquoi ? C'est juste par rapport à ton expérience, du coup ?

IDE F : Je pense que c'est mon expérience et c'est ma capacité à pouvoir le décharger rapidement. Donc, du coup, c'est plus simple.

Manel : Et du coup, ici, vous avez des espaces de parole, un soutien psychique ?

IDE F : Pas du tout. Par contre, on a la régulation qui est mise en place depuis peu. Mais malheureusement, elle n'a pas été mise en place pour ça. Alors qu'il aurait fallu, ça faisait des années qu'on me demandait. Là, ça a été mis en place parce qu'il y avait des problématiques dans l'équipe. Donc, du coup, ça a été mis en place pour régler ça. Alors qu'en fait, dans le travail qu'on fait, on aurait besoin d'une régulation de manière quasi permanente pour pouvoir échanger sur la situation comme ça, justement.

Manel : Et du coup, tu peux parler un peu des formations que tu as évoquées tout à l'heure ?

IDE F : Ouais. Du coup, moi, j'ai fait la formation Oméga. C'est celle qui est proposée par l'hôpital. Tu veux que je t'explique en quoi ça consiste ? Oui, rapidement. Du coup, c'est une formation qui permet d'apprendre à pacifier une situation de violence. Donc, tu as tout un panel, un schéma avec une échelle, tu vois, de comportements violents. Et on t'apprend à réagir en fonction du comportement violent. Pour, du coup, que le soignant ne soit pas dans la surréaction. Et donc, du coup, ça n'amène pas à de la violence. Et à la fois que le soignant sache quand est-ce qu'il faut intervenir physiquement, par exemple, pour éviter la violence. Ou quand il faut intervenir par la parole, par les méthodes de pacification, etc. Donc, ça, c'est la méthode qui s'appelle Oméga. Ça t'apprend aussi quelques méthodes de... Comment on appelle ça ? Tu sais, quand il y a un patient qui t'attrape, par exemple, il faut... Les méthodes de dégagement. Tu vois, par exemple, quand il y a un patient qui t'attrape de telle manière ou de telle manière, comment tu fais pour te dégager physiquement de la situation ? Et j'ai fait cette formation Oméga. Et sur lui, on était formés à Apic. Donc, ça, c'est une méthode canadienne qui regroupe un petit peu toutes ces choses-là.

Manel : Ça s'appelle comment ?

IDE F : Apic. A-P-I-C. C'est une méthode canadienne. C'est sensiblement la même chose. Les deux se ressemblent beaucoup. Sauf qu'il y a certaines différences dans les manipulations physiques, surtout. Mais les deux méthodes se...

Manel : Et t'as vu un changement entre avant d'avoir eu ces formations et après ? Est-ce que ça t'a apporté...

IDE F : Alors, oui, ça apporte beaucoup de choses théoriques. Mais je pense que le plus gros... Parce qu'en fait, Apic, si tu veux, je l'ai fait au tout début de ma carrière. C'était

obligatoire dans les six premiers mois parce que je travaillais aux UMD. Donc, je l'ai dû dans les six premiers mois de ma carrière. Donc, ça m'a donné un apport théorique. Mais il n'empêche que ce qui m'a le plus aidée, c'est ma pratique et mes collègues. Avec tes collègues, tes collègues qui ont le plus d'expérience, etc. T'apprends énormément. Donc, j'ai plus appris avec mes collègues que ces formations. Mais elles sont très importantes. Et elles te donnent quand même des tips dans la relation au patient pour apaiser les choses et les situations de violence.

Manel : Ok. Du coup, est-ce que... Enfin, comment la violence, elle affecte ta manière d'agir avec les patients ? Est-ce que ça va modifier ton comportement ou pas ? Parce que tout à l'heure, tu parlais de... La violence n'est pas forcément dirigée contre vous. Et du coup, est-ce que des fois, ça t'a affecté au point de... de ne pas avoir le même comportement avec le patient en question ?

IDE F : Alors, moi, je pars du principe que dans la... Bon, je ne parle pas du principe, mais dans la grande majorité des cas, les comportements de violence, ils ne sont pas dirigés. D'accord ? Quand on parle d'un patient psychotique, par exemple, la violence, très souvent, elle n'est pas dirigée. Quand c'est un patient qui a un trouble de la personnalité, ça peut être dirigé. Donc, du coup, déjà, ton comportement, il va être différent avec un patient qui est psychotique ou avec un patient qui a un trouble de la personnalité. Donc, tu vas veiller à ta posture professionnelle et à la juste distance entre le soignant et le soigné, tu vois. Donc ça, en effet, tu l'adaptes pour limiter les situations de violence. Après, quand tu vis la situation de violence, la réalité, c'est qu'on est humain et que parfois, quand c'est des patients... Moi, personnellement, quand c'est un patient psychotique qui adopte violence, ça ne m'impacte pas du tout la relation avec le patient. Enfin, vraiment. Après, quand c'est des patients qui ont un trouble de la personnalité, parfois, tu peux avoir un peu une sensation de contre-transfert qui se met en place. Du coup, ça peut susciter du rejet. On est humain, tu vois. L'idée, c'est de pouvoir continuer à prendre en charge d'une patient et de savoir se mettre un petit peu en retrait des prises en charge soignantes.

Manel : Hum. OK. Du coup, après une situation de crise, est-ce que tu ressens une difficulté à maintenir cette alliance thérapeutique avec le patient concerné ?

IDE F : Pas forcément.

Manel : OK. Tu as des stratégies de... Enfin, est-ce que ça va avec tous les patients ? Est-ce que c'est propre à chaque patient ?

IDE F : Moi, je pense que c'est propre à chaque patient et propre au type de patient et au type de patient. Et de violence, c'est complètement différent. C'est ce que je disais, un patient psychotique qui t'agresse parce qu'il voit la tête du diable sur ton visage et un patient borderline qui t'agresse verbalement parce que tu lui as pas donné sa clope et qu'en fait, il avait clivé toute l'équipe tout au long de la journée. C'est deux choses qui sont complètement différentes. Mais moi, j'ai pas l'impression que ça impacte ma relation au patient parce que je pense qu'avec l'expérience, je suis capable d'analyser mes comptes au transfert et du coup, j'arrive à travailler avec mes comptes au transfert.

Manel : OK. Et du coup, selon toi, c'est quoi les éléments qui vont favoriser une meilleure relation soignant-soigné dans une situation de crise ?

IDE F : Tu parles avant la violence ou après la violence ?

Manel : Pendant la violence.

IDE F : La communication, si c'est possible. L'analyse clinique du soignant. En fait, au plus ton analyse clinique de la situation, elle est juste, au mieux la situation de violence, elle va être gérée calmement.

Interruption par une personne extérieure

IDE F : Du coup, je disais que plus l'analyse clinique de la situation, elle est juste, au mieux tu gères la situation de violence et au mieux tu limites la casse.

Manel : OK. Est-ce que tu as une situation marquante en lien avec le sujet, la violence et les émotions que tu voudrais raconter ?

IDE F : Ouais. Je pense que je t'en avais déjà parlé en plus. C'était relativement au début de ma carrière. Je pense que je devais être diplômée depuis deux, trois ans et du coup, j'ai travaillé à l'USIP à ce moment-là. L'USIP, c'est une location régionale, donc en fait, sur lieu, on accueillait des patients de toute la région pour qui il y avait des demandes d'USIP. L'USIP allait demander avant de demander une orientation UMD. Si tu veux, c'est un premier jet de soins intensifs pour gérer la crise quand on n'arrive pas à gérer les patients en secteur. Et donc, nous, on accueillait une patiente qui avait 34 ans, je me souviens, je me souviens très bien

d'elle, qui était venue chez nous dans un contexte où elle était ingérable. C'est une patiente borderline avec un trouble borderline très grave et un peu perverse aussi, qui était ingérable en service du secteur, qui mettait les équipes et les patients à feu et à sang et elle avait volé les clés d'une voiture d'une infirmière. Elle était partie avec la voiture et elle s'était plantée 300 mètres plus loin avec la voiture d'une infirmière. Donc, elle avait été orientée chez nous dans ce cadre-là. Cette jeune femme, elle arrive chez nous. Elle est en chambre d'iso parce qu'il y a un protocole très établi pour les soins en USIP. Tu reçois toujours des patients en chambre d'iso pendant 48 heures, pendant la période d'observation. Et là, elle venait d'arriver. Cette patiente, il s'avère qu'elle avait accouché il y a un mois et que son bébé, évidemment, avait été placé. Et donc, moi, je travaillais comme tous les jours. Je suis postée. Suite au repas, je la fais sortir dans la cour des iso pour qu'elle puisse fumer sa cigarette avec ma collègue parce qu'évidemment, on est deux. On fait sortir tous les patients qui sont en iso sur cette cour-là. Et en fait, ma collègue est avec les autres patients. Moi, je me retrouve avec elle un petit peu dans une relation duelle. Chose à ne pas trop faire avec les patients de bord d'oreille parce que du coup, ça donne des difficultés. Mais ça, à ce moment-là, je ne le savais pas dans mon niveau d'expérience de clinique. Et donc, elle se livre. Et en fait, elle est partie sur le vécu qu'elle avait d'avoir laissé son bébé aux services sociaux et la difficulté qu'elle avait à le vivre. Et donc, du coup, elle m'a abreuvée de toute cette histoire-là. Et ça a été toucher quelque chose chez moi parce que dans mon contexte de vie actuellement, au moment où ça se passe, ça va toucher quelque chose chez moi. Et je ne m'en rends pas compte. Ça, je te dis ça avec l'expérience que j'ai maintenant et l'analyse que je peux en avoir. Mais à ce moment-là, je ne me rends pas du tout compte. Et donc, du coup, j'essaie de rassurer la patiente, etc. On a une longue discussion toutes les deux. Vient le moment où on la réintègre en chambre à 20h. Et elle me dit, est-ce qu'à 21h, ce sera vous qui ferez le tour des isolements ? Donc, je lui dis oui, bien sûr. Est-ce que vous pouvez m'amener une couverture ? Parce que j'ai froid la nuit. Donc, moi, je lui dis, il n'y a pas de souci, je vous ramène une couverture à 21h. C'est sûr que ce sera vous ? Oui, bien sûr, je serai à 21h. Et donc, en fait, je la raccompagne en chambre avec ma collègue, etc. tout à l'heure. Et donc, à 21h, je vais faire mon tour. Et il s'avère, en fait, que la patiente, elle s'était pendue... Elle était en pyjama sécurisé, cette dame. Elle s'était pendue... Non, elle était en pyjama classique. Elle s'était pendue au radiateur. Elle s'était mise en scène, en fait. Elle avait éteint les lumières de sa chambre d'iso. Elle s'était mise en scène face au hublot, pendue au radiateur. Et donc, en fait, moi, quand je suis arrivée dans le sas, j'ai allumé

la lumière. Et donc, là, j'ai la vision d'horreur de cette dame qui est pendue au radiateur. Elle avait des ptch sur le visage, etc. Donc, état de choc. En fait, ça, je me rends compte après que ça m'a complètement traumatisée parce que je n'ai pas pu allumer les lumières en chambre d'isolement pendant six mois après. Mais je me suis rendue compte à quel point ça m'avait traumatisée. Et donc, en fait, j'étais... Ma réaction face à ça, ça a été d'être un robot. Donc, en fait, j'ai fait les soins d'urgence. Les gens me parlaient, je ne les écoutais pas. Je faisais mes soins d'urgence, ma réa et tout. Évidemment, elle, il n'y avait pas d'arrêt cardiaque. Donc, Dieu merci, tu vois. Mais elle avait perdu conscience. Il y avait des ptch sur le visage. Bref, on fait tous les soins, etc. On finit par l'attacher au lit, du coup, la contenir au lit en pyjama sécurisé. Donc, moi, je sors de cette situation. Je vais dans le bureau pour commencer un débrief avec mes collègues. Sauf qu'en fait, je suis complètement écoutée. Je n'ai pas eu mes moyens. Je suis partie dehors. J'ai fait une crise d'angoisse. J'étais vraiment mal, tu vois. Après coup, quoi. Après la situation, tu vois. Une fois qu'elle était en sécurité... Bon, il s'avère que cette situation, ça a été très difficile parce qu'après, quand on l'a attachée, mon collègue, il a refait un tour 15 minutes après pour aller voir comment elle allait. Elle avait réussi à manger le pyjama de sécurité. Donc, elle était à nouveau bleue. En fait, après, elle arrivait à se décontenir. Donc, elle se pendait avec des contentions. Ça a été une prise en charge atroce. Ce qui fait qu'on en est venue à la contenir nue. Ça, c'était dans la même soirée. Parce que je finissais très tard, à 22h. Donc, en fait, on en est venue à l'attacher nue au lit. Et en fait, du coup, moi, après, j'ai été en repos. Et en fait, pendant deux jours, elle a été attachée au lit nu. Et elle hurlait mon prénom pendant deux jours. Donc ça, ça a été une situation qui a été hyper violente. Si bien que moi, je n'étais plus en capacité de la prendre en charge, ma patiente. Et que le médecin du service a demandé à ce qu'on la prenne en charge. Et elle est partie du service. Donc, moi, une fois qu'elle est partie, je me suis dit, ok, c'est bon, c'est géré. Sauf qu'en fait, je gardais des traces pendant des mois et des mois. Mais je ne m'en rendais pas compte. Il a fallu que je fasse une formation qui s'appelle la gestion de la crise suicidaire pour évoquer ce cas en pensant parler d'une crise suicidaire. Sauf qu'en fait, on s'est rendu compte que ce n'était pas une crise. À ce moment-là, je me rends compte que ce n'était pas une crise suicidaire. Et qu'en fait, ça va dans son trouble de la personnalité. Tout ce qui s'est passé, c'est mes enseignes, etc. Le fait qu'elle ait complètement fixé sur moi qu'il y avait de la perversion limite sexuelle. Ça, ça a été analysé pendant la formation. Et après, posteriori, moi, j'ai fait mon travail. Elle m'avait pris dans le nu pendant deux jours. Pour moi, ça avait été hyper

violent. Le fait que je ne puisse pas allumer la lumière en iso pendant six mois, je n'avais pas fait le lien. Mais j'avais une angoisse à chaque fois que j'allais à mes lumières. Il m'a fallu, je pense bien, un an, voire deux pour traiter complètement cette situation. Au début, tu étais un peu dans le déni. Oui, au début, tu te calmes un petit peu. Et en fait, tu vois plein de petits symptômes. Et puis tu retravailles, tu réfléchis, tu réfléchis, tu réfléchis.

Manel : Et du coup, après cette situation, tu as mis du temps... Enfin, tu dis que tu as mis du temps à... Comment dire ? Cette situation, elle t'a beaucoup impacté. Mais du coup, en combien de temps t'as... Alors, j'arrive pas à m'exprimer. Cette situation, elle t'a impacté. Mais après, dans ta pratique, comment ça se passait, en fait ? Tout le temps où tu étais en train de réparer ce qui s'était passé ? Je ne sais pas comment le dire...

IDE F : Eh ben... Je pense qu'au départ, déjà, je me suis dit Ouh là là ! Parce que moi, j'avais analysé. Au tout départ, je me suis dit, mince, le problème, c'est que j'ai été dans une relation de duel à ce moment-là avec elle. Alors, oui et non. Parce que tu peux avoir une relation de duel si t'as la posture professionnelle qui est assez suffisamment remplie et construite pour pouvoir avoir une relation de duel en sécurité. Moi, j'étais très insécure dans ma relation de duel. Donc ça, ça a été le premier. Et elle l'a senti. C'était au tout début. C'était au tout début. Donc moi, la première réaction, ça a été Ouh là là, j'ai pas son ordre, je ne leur parle plus quand je suis toute seule, je vais pas vendre des sujets profonds. Evidemment, avec le temps, ça s'est... Ça s'est construit de manière indifférente. Mais ça, ça a été ma première réaction. Et après, ma deuxième réaction. Et après, t'avais les réactions physiques. Je dis, j'allais dans les champs d'iso. J'avais plus peur d'aller dans les champs d'iso, mais dès que j'allais dans les champs d'iso, il fallait qu'il y ait quelqu'un qui soit avec moi pour allumer la lumière. Donc quand il y a des patients suicidaires, je préférais pas aller en iso. Tu vois ? Parce que j'avais peur de me trouver un pendu en fait. Tu vois ? Donc voilà, ça a eu quand même un impact. Et même encore aujourd'hui, quand il y a des patients suicidaires, c'est pas mon truc préféré. Des fois, j'ai des petites montées d'angoisse en me disant, j'espère qu'on va pas le retrouver pendu. Tu vois ?

IDE F : C'est normal, c'est quelque chose qui t'a beaucoup marquée.

Manel : Je pense que ça m'a traumatisée.

IDE F : Clairement. J'ai mis des années à pouvoir l'identifier. Ouais.

Manel : Est-ce que tu veux rajouter un truc, enfin un élément, qui te semble pertinent ?

IDE F : Un élément qui me semble pertinent ?

Manel : Quelque chose dont on a peut-être pas forcément trop parlé, que tu voudrais étayer ?

IDE F : L'élément qui me semble le plus pertinent, c'est que je pense sincèrement que toutes les équipes, elles ont un temps, collectif ou individuel, pour évoquer les situations de violence, que même, en fait, découvrir un pendu, c'est violent pour quelqu'un. Tu vois ? Donc pour pouvoir désamorcer ces choses-là, je pense que ça devrait être obligatoire, en fait. Malheureusement, c'est pas le cas. Mais je pense que ça a vraiment son importance pour le bien-être au travail, et puis même le bien-être des soignants, tu vois. Après, je pense que l'accès aux formations est très important, et que aussi, pouvoir s'appuyer sur les collègues de plus d'anciens qui ont pu faire ça, ça a son importance. Mais la violence, on la vit pas comme cicatrice, j'en ai bien conscience, tu vois. Mais c'est différent. Nous, ça fait partie de notre travail, et c'est normal. Mais du coup, il faut qu'on ait les armes pour pouvoir la gérer, et s'en protéger, et protéger le service de ça au maximum, quoi.

Manel : Ok.

IDE D : Voilà.

Manel : C'est bon. Bah merci beaucoup.

IDE F : Je t'en prie.

Annexe IV.III : Entretien aux Urgences

Entretien 5 avec IDE S aux urgences :

Manel : Alors, est-ce que tu peux te présenter, s'il te plaît ?

IDE S : Alors, je m'appelle ****, je suis infirmière depuis 18 ans et depuis 16 ans, je suis aux urgences adultes de ****. Voilà, 38 ans, j'ai dit ?

Manel : Alors, est-ce que tu peux me parler de ta pratique quotidienne du soin, ton rôle, le contexte du service ?

IDE S : On travaille dans les services d'urgence adulte, on a plusieurs missions. Accueillir le patient, une prise en charge de la douleur, réaliser tous les examens sur les prescriptions médicales, réaliser les soins de cathéter, de prise de sang, de soins urinaires, avisés, diagnostiques. On a aussi un rôle aux urgences de réassurance, vis-à-vis du patient pour lesquels la situation va être assez anxiogène. On a un grand rôle aussi, on a une autre mission à l'accueil, on est l'infirmière organisatrice de l'accueil, on fait des recueils de données et d'orientation du patient dans le secteur des urgences ou de la réorientation en ville suivante si leur motif de consultation ne nécessite pas des soins d'urgence. On a l'évaluation de la gravité vis-à-vis des signes cliniques du patient. La prise en charge psychologique et tout ce qui va être du rôle propre, c'est-à-dire faire des soins de nursing, veiller au confort du patient, de son hygiène et au niveau social aussi une aide à la prise en charge.

Manel : Est-ce que tu as déjà été confrontée à la violence et si oui, comment tu l'as définie dans ta pratique professionnelle ?

IDE S : Aux urgences, oui, on est quand même assez exposé. Il y a différents types. Il y a la personne qui est anxieuse qu'on va accueillir mais parce qu'en fait l'hôpital c'est quelque chose, elle ne sait pas ce qu'elle a, elle se sent dans le mal, donc elle va être assez angoissée mais ça peut se manifester effectivement par de l'agressivité, des remarques plus ou moins agréables et tout ça. À la limite, ça se gère. Après, il peut y avoir la violence ou l'agressivité qui est liée soit à la pathologie psychiatrique pure ou liée effectivement au trouble cognitif d'une personne âgée. Ou le troisième point, c'est la personne en fait d'une violence physique juste parce qu'à un moment donné, on ne répond pas à ses demandes correctement ou dans le

délai qui soit ou juste parce qu'en fait, il a envie de péter un câble comme ça et que son moyen, c'est de se montrer agressif verbalement ou physiquement.

Manel : Du coup, toi, tu as rencontré quelle forme de violence ? Que de la violence physique et verbale ?

IDE S : Alors moi, j'ai de la chance, c'est que je n'ai jamais reçu de coups. Mais on peut effectivement être exposé, notamment lors de pathologies psychiatriques avec un gros délire où effectivement, il va falloir sédaté le patient pour lesquels effectivement, il va falloir le contenir avec un gros risque. À un moment donné, il n'accepte pas le soin qui lui fut prodigué parce que pour lui, il va bien. Effectivement, il faut qu'on soit en nombre pour éviter qu'on soit blessé. Donc, c'est vrai que ça peut dégénérer. Donc, c'est pour ça qu'on est quand même dans cette prévention-là. Après, oui, j'ai déjà été exposée pour notamment une patiente qui était venue la veille pour une pyélonéphrite qui reconsulte. Et j'étais à l'accueil pour les entrées. Et là, je lui dis, donnez de nouveaux papiers d'identité pour qu'on puisse faire votre dossier administratif et tout. Et elle me dit, pourquoi vous me pétez les couilles alors qu'hier, on ne m'a pas demandé mes papiers ? Je lui dis, non, mais Madame, ne le prenez pas comme ça. C'est juste qu'à un moment donné, c'est pour le dossier, pour qu'il soit complet, pour que justement, vous ne soyez pas facturé. Parce que s'il manque une pièce, vous allez être facturé. Et qu'est-ce que tu me fais chier ? Et là, j'ai eu droit à des gros mots, des gros mots, des gros mots. Et voilà, elle s'est mise sur la pointe des pieds, elle s'est mise à me cracher dessus à travers la vitre.

Interruption par une personne extérieure

IDE S : Du coup, voilà, en plus, elle a pris sa bouteille d'eau, elle nous a renversé toute l'eau sur nos claviers et tout ça. Donc, c'est vrai que cet épisode-là, incompréhensible, quoi. Incompréhensible. À un moment donné, on est là pour s'occuper d'elle et la prendre en charge. Et en fait, pour un papier d'identité, en fait, ça a pris des proportions terribles. Bon, après, elle s'est enfuie. J'ai fait un dépôt de plainte. Voilà. Après, c'est vraiment... De manière globale, en fait, on sent venir le danger. En fait, il faut juste être bien, bien regarder le patient et voir qu'à un moment donné, quand ça va dégoupiller, ça peut aller très vite, quoi.

Manel : Et à quelle fréquence tu es exposée aux violences de n'importe quel type ?

IDE S : Alors, je pense que n'importe quel soignant qui travaille dans le service d'urgence, quand je remets dans la violence générale par rapport à tout ce que je t'ai dit, au niveau psychiatrique, des personnages et tout ça, tu dois être exposée au moins, une fois sur ton poste.

Manel : Ok. Et comment tu réagis face à un patient qui présente des comportements violents ?

IDE S : Alors... Déjà, c'est se protéger. C'est-à-dire qu'à un moment donné, quand on voit effectivement et tout ça, donc pour moi, bon, tout dépend si je arrive à ce moment-là ou pas, mais si, par exemple, c'est pas moi la première interlocutrice au moment où ça se passe, par exemple, c'est une de mes collègues et tout ça, il faut se rapprocher juste, doucement, voir un petit peu, on appelle la sécurité, parce qu'on a un agent qui est mobilisable pour les urgences, et si ça va au-delà, on appelle dessus les forces de l'ordre. En aucun cas, il faut s'exposer, effectivement, avoir toujours une distance de sécurité, essayer de faire comprendre les choses, mais il y a des fois pour lesquelles le discours, en fait, est impossible, donc c'est vraiment pas se mettre en danger, vraiment, voilà, ben là, en fait, j'y arrive pas. Voilà, mais pas tenir tête, pas... Voilà, c'est pas... Quand on voit que ça va trop, trop loin, en fait... On pense à la sécurité. Il faut y penser, ça, ouais.

Manel : Et comment tu gères tes émotions face à une situation de violence, par exemple ?

IDE S : Alors, c'est compliqué, parce que sur le coup, ben en fait, tu... Tu essaies de garder la tête froide et d'avoir le mot posé, tout ça, mais après, parfois, ben voilà, ça secoue un petit peu. Après, la chance des urgences, c'est qu'on est une grosse équipe, donc on est beaucoup dans la catharsis, c'est-à-dire qu'il se passe un truc pour lequel soit on débrief ou on parle avec nos collègues, après, on fait des fiches d'incidents, on peut aller jusqu'au dépôt de plainte. Pour les collègues qui ont été menacés avec des armes blanches, il y a même la cellule psychologique, le psychologue de l'hôpital qui peut venir se déplacer, en fait, pour discuter avec les équipes.

Manel : Et toi, t'as déjà ressenti un stress ou un impact sur ton bien-être, après une situation que t'avais faite ?

IDE S : Alors, peut-être pas sur le coup, mais c'était un risque plutôt, c'était même pas une violence. J'étais enceinte de 5 mois, et en fait, j'étais dans la salle de soins et je vois un patient,

le regard psychotique, et en fait, il rentre dans la salle, « Monsieur, qu'est-ce que vous faites ? » et tout ça, puis là, il commence son délire. Je le connais pas, ce monsieur-là, mais je vois que c'est pas ordonné, qu'on est dans des hallucinations, tout ça, et en fait, mon collègue qui le cherche arrive à ce moment-là, il le fout dehors, le patient le fout dehors, mon collègue, et il nous enferme tous les deux dans le box, et il bloque l'accès, il ferme, et là, après, on a l'habitude de gérer les patients en psy, donc avec beaucoup de calme, je lui explique qu'il est en sécurité, qu'on ne le veut pas de mal, voilà, tout va bien, tout va bien d'être toujours dans le calme, pas dans l'agitation, toujours à une bonne distance, je vous comprends, on ne vous veut pas du mal et tout ça, et à un moment donné, il accepte d'ouvrir la porte. Donc là, effectivement, j'ai tous mes collègues qui rentrent et tout ça, qui ont eu très peur pour moi sur le coup, en se disant qu'il aurait pu lui faire beaucoup de mal, et sur le coup, ça allait, et c'est le lendemain où effectivement, j'étais un petit peu mal, il aurait pu se passer des choses, mais c'est une gestion qui n'est pas évidente, parce qu'effectivement, quand on exerce ce métier-là, on n'a pas envie de se dire pourquoi, mais il y a des choses pour lesquelles c'est rationnel, ça s'explique par les pathologies et tout, et d'autres en fait, non, c'est quand on tombe juste sur des gens pour lesquels l'attente est insoutenable, et pour lesquels ils ont le sentiment que c'est eux qui doivent être priorités, que leur urgence à eux, c'est une urgence ressentie, c'est grave, alors que pour nous ça ne l'est pas, et voilà.

Manel : Et du coup, est-ce que tu penses que l'expression des émotions dans ta pratique va influencer ton efficacité en tant que soignante ? Si tu montres un peu trop tes émotions, ou pas assez, est-ce que tu penses que ça va augmenter ?

IDE S : Alors moi non, je pense juste qu'effectivement, quand on vient de se faire agresser et tout ça, je pense que c'est très compliqué de réaliser un soin après. La relation soignant-soigné va être forcément impactée, après ça ne va pas changer le bon déroulé de la prise en charge, mais c'est juste qu'à un moment donné, le contact empathique, je suis à votre écoute, on est là pour vous, en fait non, je fais juste mon job, c'est-à-dire que mon rôle prescrit.

Manel : Est-ce que pour toi, ça a été difficile à certains moments de garder une certaine distance émotionnelle dans certaines situations ?

IDE S : Alors j'avais eu une dame pour une douleur thoracique, qui avait le sentiment qu'on ne la prenait pas rapidement en charge, et en fait quand j'arrive, elle m'en met plein la gueule,

où elle me dit que c'est inadmissible, qu'elle a mal à la poitrine, que personne ne s'occupe d'elle, alors qu'elle avait eu un électro par les infirmières d'accueil qui étaient normales, qu'elle n'avait pas d'antécédents, donc je venais pour faire la prise de sang. Je lui explique qu'à un moment donné, on allait venir, oui, mais je sonne, personne ne vient, je lui dis, mais madame, vous venez de sonner, je suis là, je viens vous faire les soins. Et là, elle m'en met, ouais, vous êtes suffisante à votre heure, je lui dis, mais je ne suis pas suffisante, je vous explique juste qu'à un moment donné, on a déjà éliminé la chose grave avec l'électro, il faut patienter, vous êtes très nombreux madame. Et là, mais j'en ai rien à foutre, oui, vous êtes infirmière, donc vous me prenez de haut, parce qu'en fait, vous êtes infirmière, vous pensez que vous pouvez écraser les gens. Je m'en suis prise plein la quiche, je lui dis, madame, en fait, vous n'écoutez pas ce que je dis, vous n'écoutez pas, je suis en train de vous expliquer qu'en fait, avec tout le monde qu'on a, il n'y a pas une infirmière, un patient, j'ai dit, vous êtes 40, on est 3, c'est impossible. Et en fait, elle était en boucle, en boucle, et en fait, voilà, avec des propos hyper réducteurs et tout ça, et là, en fait, moi, à un moment donné, je dis en fait, vous savez quoi, vous avez votre point de vue, j'ai le mien, en fait, vous n'êtes pas en capacité d'entendre ce que je dis, moi, je vous entends très bien, mais en fait, là, vous êtes blessante, vous utilisez des termes et des désignations qui ne me conviennent pas, donc vous savez quoi, je vais faire mon soin, en fait, et la discussion, elle va s'arrêter là. Et là, elle me dit, on ne va pas rester là, et tout ça, c'est quoi votre nom, je vais aller faire un dépôt de plainte contre vous, je lui ai dit, moi, j'ai rien à me reprocher, donc c'est ce qu'elle a fait, elle a fait une lettre de réclamation avec mon nom, en disant, mais des choses, elle avait trafiqué les propos et tout ça, donc, ouais, c'est compliqué, mais de suite, j'avais averti ma cadre que j'allais avoir forcément un mot, parce qu'en fait, la dame, elle était obstinée, les choses étaient pensées, et elle avait projeté quelque chose sur moi qui était complètement erronée, donc c'est vrai que oui, sur le coup, tu es énervée, tu es, ouais, voilà, mais après, j'ai une capacité, quand même, à bien redescendre, quand même, en travaillant dans ce service-là, il vaut mieux avoir cette capacité à, tu gères ton stress, sur le moment, tu as l'adrénaline et tout ça, tu mesures, mais en même temps, il faut vite redescendre, parce que, voilà, à un moment donné, il y a les autres patients qui ont besoin de nous, qui veulent quand même ce qui est normal, être accueillis par quelqu'un qui est bien, qui va les accueillir pleinement, avec beaucoup de gentillesse, ils ne sont pas là, parce qu'il y a eu, on est tombé sur un individu qui s'est montré désagréable, agressif ou violent, que forcément, il faut que les autres empathisent, quoi.

Manel : Oui. Et, du coup, toi, c'est quoi comme moyen que tu utilises pour prendre du recul et préserver ton équilibre professionnel, après une situation dure, une situation émotionnellement éprouvante ? Tu fais comment pour...

IDE S : Alors, moi, je parle, je suis quelqu'un qui grigne, pour moi. Je ne suis pas quelqu'un qui garde ses émotions et tout ça. Moi, je parle, je parle, je parle, je parle, je parle, je parle...

Manel : Avec les collègues ?

IDE S : Avec mes collègues, avec mon conjoint, j'ai mes enfants, donc ça me permet de relativiser. À un moment donné, je rentre chez moi, c'est bon, ce qui s'est passé reste au travail et voilà. Après, il y a le sport, il y a les amis, c'est d'avoir aussi un épanouissement en dehors du service pour décharger.

Manel : Du coup, la violence, est-ce qu'elle affecte ta manière d'agir avec les patients ? Ça a déjà modifié ton comportement dans certaines situations ou pas ?

IDE S : Alors oui, après, je reste très formelle. Alors c'est soit effectivement, je sens que je suis en capacité quand même, ça se passe, je vais réaliser le souhait, comme l'exemple cité avant, soit à un moment donné, en fait, c'est pas du tout passé, le contact, pas du tout, la personne a été agressive et tout ça, dans ce cas-là, il vaut mieux passer le relais. On a de la chance d'être nombreux, parce que ça peut arriver, des fois, il y a des feelings qui ne se passent pas, t'inquiètes, je prends le relais, hop, hop, hop, et on repart sur un terrain neutre. Il y a une cohésion d'équipe.

Manel : Est-ce qu'après une situation de crise, tu ressens une difficulté à maintenir une communication, une alliance thérapeutique avec le patient concerné ?

IDE S : Ah ben, je pense que oui, à ce moment-là, la confiance, elle est rompue, mais je parle dans le cas de de l'abruti, dans le cas de celui qui, de manière intentionnelle et violente, par contre, le patient psychiatrique et le patient sénile, pas du tout. Alors là, franchement, là, ils ont tous les jokers, parce que c'est la maladie qui veut ça, donc je ne vais pas les rendre responsables de ça, bien au contraire.

Manel : Et du coup, dans ces cas-là, t'as des stratégies pour restaurer la confiance avec le patient ?

IDE S : Oui, oui, oui, c'est toujours dans une attitude ouverte, bienveillante, toujours alerte, mais voilà, pas trop se rapprocher, voilà, essayer de signer des contrats, par exemple, le patient qui est psychiatrique hallucinatoire et tout ça, j'ai dit, voilà, vous allez avoir votre prise de sang, acceptez-la, voilà, parce que là, moi, j'ai envie que ça se passe bien avec vous, moi j'ai pas envie d'être dans la contrainte de vous mettre des contentions, tout ça, donc il y a deux possibilités, elles vous appartiennent, soit on le fait tranquillement, et j'en suis ravie, parce que je déteste utiliser la force pour effectivement réaliser ce soin-là, soit malheureusement, vous voyez, il y a mes collègues qui sont à côté, il va falloir qu'effectivement on vous contentionne, Ce que je n'ai absolument pas envie, mais à un moment donné, vous vous mettez en danger, donc ça sera nécessaire, donc franchement, si vous choisissez l'option numéro un, je serai trop contente, quoi. Voilà, je suis plutôt dans ce truc-là. Des fois ça marche, des fois ça marche pas.

Manel : Forcément. Et du coup, avec les patients qui sont violents intentionnellement, c'est directement, soit vous relayer, soit...

IDE S : Ouais, on passe le relais, ça sert à rien. Parce qu'à un moment donné, leur identité elle est construite. C'est pas moi, Sabrina, qui à un moment donné va modifier ton éducation ou ton comportement général, en fait, c'est impossible. C'est déjà fondé, c'est déjà... C'est déjà construit. Donc en fait, à un moment donné, tu as envie de comprendre, tu ne comprends pas, si à un moment donné je vois que je meurs, non, je passe le relais.

Manel : Selon toi, quels éléments favorisent une meilleure relation soignant-soigné dans une situation de violence, de crise ?

IDE S : C'est quoi la question ?

Manel : Selon toi, c'est quoi les éléments qui favorisent une meilleure relation de soins ?

IDE S : La communication, déjà. La communication. En fait, il faut tout expliquer aux patients. Même quand on a un délai d'attente qui est trop long, ou pourquoi effectivement à un moment donné ces soins ne nécessitent pas une urgence, en fait, il faut expliquer simplement aux gens, voilà, il se passe ça, ça, ça, c'est pour telle, telle raison. En fait, il faut avoir quand même une certaine assurance derrière, il faut être convaincant, en fait, dans nos propos de montrer qu'on vous a écoutés, mais à un moment donné, je vous explique, en fait, pourquoi on

va faire telle chose, ou pourquoi ça prend du temps, et tout ça. Il faut vraiment, ouais, c'est vraiment la la communication, tout bien expliqué, tout ça, ou dire, ben pourquoi, en fait, pourquoi vous gueulez, là ? Pourquoi vous criez ? C'est quoi le problème ? Ouais, voilà, pourquoi ? Pourquoi ? Voilà, à un moment donné, vous vous rendez compte de comment vous êtes en train de me parler, ou pas, là ? Vous me voyez comme... Mais imaginez-vous, moi je vous parle comme ça. C'est pas correct, non ? Voilà, il faut toujours, à un moment donné, être toujours dans ces différents modes de communication, je pense, ou parfois, ben voilà, ça va être une note d'humour, des fois, c'est plutôt le côté la fermeté, il faut arriver à jongler avec plusieurs facettes, ici, voilà.

Manel : Est-ce que vous avez une situation marquante en lien avec la violence ou les émotions que vous souhaitez, enfin, que tu souhaiterais, pardon, raconter

IDE S : Non, non, c'est ce que je t'ai cité de manière... Voilà, mais après, j'avoue, je, voilà, je n'ai jamais été frappée, ou quoi que ce soit, mais après, quand quelqu'un t'agresse verbalement, qu'après t'es en émotion, tout ça, il faut... Un jour, c'était un formateur qui m'avait dit ça, c'est juste, combien de temps t'as envie de perdre ton temps à mettre de l'énergie là-dedans, pour le digérer ? C'est-à-dire, à un moment donné, il s'est passé ça, est-ce que t'as envie que le reste de ta journée, en fait, soit pourrie ? Combien t'as envie de temps, d'accorder de temps à cet événement-là ? Et à partir de là, tu te dis, mais en fait, sur un événement comme ça, qui a duré, en fait, 5 minutes, est-ce que vraiment ça va valoir le coup ? Du coup, ça me gâche toute ma journée. Ça voudrait dire que j'ai encore trop d'importance, en fait, alors qu'au final, balaye, quoi. Balaye. Il faut pas que les gens, en fait, de par leur comportement... on fait un métier qui est déjà assez compliqué. Donc, à un moment donné, ce n'est pas à toi à moduler, à changer systématiquement. Il faut qu'à un moment donné, eux, ils sont demandeurs de soins, ils sont face à un système de santé qui est compliqué. C'est pas non plus toujours nous à nous adapter à tout ça et puis à faire une psychanalyse du patient. Voilà.

Manel : OK. Est-ce que t'as un élément à ajouter ? Qui te semble pertinent.

IDE S : Non.

Manel : C'est bon. C'est super. Merci beaucoup.

IDE S : Bon courage. En tout cas, sujet très intéressant. C'est chouette.

Manel : Merci beaucoup.

Annexe IV.IV : Entretien en EHPAD

Entretien 6 avec IDE M en EHPAD :

Manel : Alors, est-ce que vous pouvez vous présenter l'année d'obtention du diplôme et vos expériences professionnelles ?

IDE M : Ok, alors avant de faire mes études infirmières, je faisais autre chose, c'était juste de l'administration pendant deux ans. Puis j'ai décidé de reprendre mes études parce que je voulais un métier dans le relationnel. Donc j'ai fait mes trois ans d'études dans trois IFSI différents suite à ma vie personnelle, on va dire, entre guillemets. Et j'ai eu mon diplôme tout récemment, cette année.

Manel : D'accord, ok. Vous êtes là depuis combien de temps dans le service ?

IDE M : Depuis octobre.

Manel : D'accord, bien. Est-ce que vous pouvez me parler de votre pratique quotidienne du soin, le contexte de travail, votre rôle ?

IDE M : Alors nous, dans les maisons de retraite, vu que là c'est une maison de retraite, dans la maison de retraite, l'IDE, il faut qu'elle fasse le lien entre les problèmes qu'elle rencontre, que ce soit au niveau santé pour le résident ou autre, que ça peut être la relation famille-résident ou bien famille avec l'équipe soignante. On fait le lien aussi du coup avec les ergothérapeutes, les kinés, c'est pluridisciplinaire, avec le médecin, parce qu'on a un médecin qui travaille à l'hôpital d'****. Du coup, il vient ici à peu près une heure et demie, deux heures dans le service, tous les matins, sauf le vendredi. Donc quand il arrive, il faut qu'on soit prêt, qu'on ait relevé un petit peu toutes les problématiques du jour ou autre, qu'on a pu relever par nous et par l'équipe pour faire le tour avec lui. Et puis ensuite, on coordonne entre guillemets pour les entrées et les sorties, le matériel nécessaire, faire le lien avec la pharmacie, avec Bastide médical également, un peu tout ça.

Manel : Alors, est-ce que vous avez déjà été confrontée à la violence, tout type de violence ?

IDE M : De toute façon, la violence, ça peut être une violence qu'on peut ressentir dans le soin. Des fois, ça peut être involontaire ou on peut être, pas acteur, mais, comment dire, voir

de nos yeux certaines choses qui peuvent choquer. Ici, je n'en ai pas vu encore, mais en stage, j'en ai déjà vu, que ce soit de la violence verbale ou physique.

Manel : Du coup, comment vous définissez la violence dans votre pratique professionnelle ?

IDE M : Comme je vous ai dit, ça peut être défini de plusieurs manières différentes. Il y a la violence physique, la violence verbale, la violence dans un comportement qui n'a pas à voir.

Manel : Excusez-moi, je vais vous faire répéter. Comment vous définissez les différents types de violences que vous avez rencontrées ? Comme ça. Du coup, ici, ma prochaine question, c'est à quelle fréquence êtes-vous exposée ?

IDE M : Ca va. Ça a pu arriver peut-être une fois, une personne de l'équipe, une étudiante ou quoi. Vraiment, le ras-le-bol, par exemple, un problème personnel. Et du coup, au moment d'une toilette, qui peut être tendue ou aigrie, mais du coup, il y a ses collègues qui la rappellent à l'ordre. Elle sort de la chambre, elle prend l'air et il y a quelqu'un d'autre qui prend le volet.

Manel : Vous, comment vous réagissez face à un patient qui présente des comportements violents ? Comment vous allez vous adapter ?

IDE M : Déjà, on essaye de réfléchir sur le bien-être et le confort, premièrement. Et ensuite, voir s'il y a quelque chose au niveau médicamenteux qui peut soulager cette personne-là. Ça peut être un inconfort suite à une douleur, un inconfort suite à des problèmes psy ou autre. On a des patients, des fois, qui sont agités, qui veulent sortir hors du lit parce qu'il y a une altération de leur état général et qu'ils ne comprennent pas trop. On peut être face à des personnes qui présentent des troubles psy et où il y a nécessité de mettre des traitements médicamenteux, entre guillemets. Et après, on réfléchit avec l'équipe sur tout ce qui est bien-être, confort. Et puis avec le médecin, on fait le point pour voir s'il y a nécessité de mettre un antibiotique ou autre chose.

Manel : Comment vous gérez vos émotions face à une situation de violence ou de crise ?

IDE M : Ça va, je crois sûrement. Si c'est, par exemple, un résident qui est violent ou... Si c'est une crise, on va dire. Comme je vous ai dit, de l'agitation, des troubles psy et tout. Bon, on va dire que c'est la pathologie de la personne. Donc, je le prends en considération. Si c'est

des sauts d'humeur soudains ou un comportement mal placé du résident, je l'isole et je le rappelle à l'ordre. Je pose un cadre, voilà.

Manel : Mais du coup, est-ce que, vous, ça vous impacte ?

IDE M : Moi, j'ai déjà eu affaire à ça, par contre. J'ai eu affaire à un résident qui a insulté un autre résident, qui a voulu rouler sur une autre résidente en allant au repas. Et puis, au moment où je le rappelle à l'ordre, il m'a refusé des traitements. J'ai dû lui expliquer, entre guillemets, que les traitements, c'est pour son bien, pas pour moi qu'il le prend. Après, c'est rentré dans l'ordre. Mais des fois, il y a besoin de poser un cadre.

Manel : Et ça n'affecte pas vos émotions ? Enfin, il y a des situations qui ont pu affecter vos émotions, ou pas ?

IDE M : Concernant la violence ?

Manel : Oui, par rapport à ça.

IDE M : Si c'est le résident qui est violent envers moi, ça ne m'affecte pas forcément. Après, si c'est un membre de l'équipe qui est violent envers un résident, là, je verbalise après, ça, ça peut m'affecter.

Manel : Est-ce que vous pensez que l'expression des émotions dans la pratique, elle influence l'efficacité en tant que soignant ? Le fait de soit trop montrer, soit pas assez... Qu'est-ce que vous en pensez ?

IDE M : Je pense que les émotions, c'est humain. En ressentir, on essaie de faire face, il n'y a pas de soucis. Et de libérer ses émotions à l'extérieur de la chambre ou à l'extérieur, il n'y a pas de problème. Après, ça peut arriver que les émotions soient visibles. Moi, je pars du principe que c'est l'humain, on n'est pas des robots. Mais je pense qu'après, il y a une différence à faire entre... J'ai pas le mot, entre l'empathie et compatir avec la personne. On peut avoir de l'empathie, prendre un petit peu de recul et avoir une juste distance entre nous et le résident. Ou compatir et vraiment être plongé dans ses émotions avec lui, il faut un juste milieu.

Manel : Quels sont les moyens que vous utilisez pour préserver votre équilibre professionnel quand vous êtes face à ce genre de situation émotionnellement éprouvante ? Qu'est-ce que vous faites pour retrouver cet équilibre quand vous êtes face à ça, à vous ?

IDE M : Comme je vous ai dit, quand la violence vient d'un résident, pour moi, ça ne m'a jamais affectée. Pour moi, ça peut arriver. Et si la violence vient d'un membre de l'équipe, là, je viens sortir et puis de le verbaliser après, de m'isoler avec la personne et de mettre des mots sur ce qui s'est passé. Pas rester indifférente ou laisser passer la chose. C'est obligé de s'opposer à un moment donné ou un autre.

Manel : Du coup, comment la violence affecte votre manière d'agir avec les patients ? Est-ce qu'elle modifie votre comportement ou pas ? Quand un patient va être violent, même si c'est la pathologie ou pas forcément, est-ce que ça va impacter votre comportement avec lui ?

IDE M : Si c'est la pathologie, ça ne va pas m'impacter. Si ça n'a rien à voir avec la pathologie et que ce n'est pas quelque chose de connu chez lui, que c'est vraiment, par exemple, de l'irrespect ou autre, ça va changer ma façon de le soigner. Pas en mal, juste de faire comprendre, par exemple, au lieu de rigoler et faire comme si tout va bien. Parce qu'ici, on est un lieu de vie. Avec les résidents, on a quand même une alliance qui se crée au fur et à mesure. Et du coup, être plus froide dans l'émotion pour que la personne comprenne que ce qu'elle a fait, c'est pardonnable à partir du moment où tu reconnais l'effet. Tu es désolée, tu ne recommenceras pas, tu prends en considération. Donc voilà, pas faire comme si rien n'était. Après, dans mes soins, ça ne change pas forcément.

Manel : Du coup, est-ce qu'après une situation de crise, vous ressentez une difficulté à maintenir la communication et l'alliance thérapeutique avec le patient concerné ?

IDE M : Ça peut arriver. Mais comme je vous ai dit, j'aime un résident qui prend mal, qu'on le recadre et qui refuse tous les soins. Je ne peux rien faire face à ça, à part ce que je peux faire. Parce que heureusement, les AS sont habilités à donner les traitements, etc. Ils prendront les paramètres vitaux. Je peux envoyer une aide soignante. Mais moi, ça m'est arrivé avec un de nos résidents ici. Pendant plus d'un mois, au bout d'un moment, on lui a dit que ce n'était plus possible. Ça tourne au chantage. Oui, mais moi, je ne veux pas si je veux ça. Et puis ça tourne au chantage. Il faut que vous parliez avec la tutelle pour qu'elle nous

ramène du coca. Ceci cela. Non, ce n'est pas possible. On parle de soins, on ne peut pas faire du chantage. Là, c'est pour votre bien. Vous acceptez ou vous refusez. Moi, je travaille ici. Donc, dans tous les cas, voilà. Après, c'est reparti.

Manel : Est-ce que, selon vous, quels éléments favorisent une meilleure relation soignant-soigné dans ce genre de situation, dans une situation de crise ou de violence ?

IDE M : Discuter, parler, poser des mots. Poser un entretien. Peut-être, je pense que vous l'avez vu en cours, l'entretien formel, l'entretien informel. Donc, peut-être dire, faire un mini entretien formel, entre guillemets. Je passerai dans votre chambre à telle heure pour discuter avec vous et mettre des mots sur ce qui s'est passé. Et ensuite, se rendre dans la chambre et poser à plat ce qui s'est passé. Mais au moins, discuter, avoir un échange avec le résident.

Interruption de l'extérieur

Manel : Du coup, est-ce que vous avez une situation marquante en lien avec la violence et les émotions que vous souhaiteriez raconter ? Même dans vos expériences, peut-être avant, si vous ne l'avez pas forcément vécue ici.

IDE M : Pas ici. La violence, comme je vous ai dit, verbale dans les soins, s'énervier contre une résidente alors qu'elle n'y est pour rien. Par exemple, elle a une altération au niveau de sa mobilité physique qui fait qu'elle est limitée dans ses capacités.

Manel : C'est une situation que vous avez vécue ?

IDE M : Non, pas moi personnellement, mais j'étais avec un binôme.

Manel : D'accord, ok. Et c'est la personne avec vous qui s'était... Qu'est-ce que vous avez...

IDE M : Je faisais des vacances. Donc, je ne la connaissais même pas spécialement, la personne.

Manel : Du coup, pourquoi ça vous a marqué ?

IDE M : Parce que quand la personne, c'est contre son gré qu'elle ne peut pas aider et que si elle pourrait, elle aiderait. Donc voilà, ses capacités sont limitées malgré elle. Déverser sa colère. Des fois, on voit des personnes déverser leur colère. Je ne sais pas, ils sont tendus.

Pour moi, ce métier-là, c'est une vocation. Tout ce qui relève de l'humain. Soit on est fait pour travailler avec l'humain, soit on est fait pour travailler derrière un bureau.

Manel : Oui, forcément. Et du coup, est-ce que ça vous a impacté après ? Après coup, la situation ?

IDE M : Oui, ça fait de la peine. Ça fait de la peine quand on repasse voir la résidente, on reste un petit peu avec elle. On essaie de relever le moral. Mais bon. On se sent un peu impuissant.

Manel : Oui, c'est ça. Du coup, est-ce que vous voulez rajouter un élément qui vous semble important ou pas forcément ?

IDE M : L'humanité. Très très important dans ce métier. Le respect à base de tout. C'est un métier qu'on a choisi de faire. Il y a des patients. On ne travaille pas avec des machines, c'est des patients, c'est des personnes humaines. Toujours se dire, se mettre à la place de la personne et se dire que ça pourrait être un de vos proches.

Manel : Merci beaucoup.

Annexe V : Formulaire de consentement des personnes interviewées

Formulaire de consentement (TFE)

Dans le cadre de mon travail de fin d'études en soins infirmiers, j'ai réalisé une étude sur l'expérience des soignants face à la violence, son impact émotionnel ainsi que sur la relation de soin. Votre participation à cette étude a été volontaire, et vos réponses sont anonymisées. Merci de remplir ce formulaire pour confirmer votre consentement à l'utilisation de votre témoignage dans un cadre strictement académique.

Merci pour votre participation ! 😊

Identité de l'IDE (Nom, Prénom) *

Ces informations ne seront pas utilisées dans l'analyse, elles servent uniquement à vérifier que chaque infirmier(e) répond bien au questionnaire. Tout sera anonymisé.

■■■■■■■■■■ IDE D

Confirmation de consentement *

Veuillez cocher la case ci-dessous pour confirmer votre consentement.



J'atteste avoir participé à un entretien dans le cadre de cette étude et j'autorise l'utilisation de mes réponses dans un cadre strictement académique.

Enregistrement *

Si votre entretien a été enregistré, veuillez confirmer votre accord pour son utilisation dans l'analyse.



J'atteste avoir accepté l'enregistrement de mon entretien à des fins d'analyse.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Formulaire de consentement (TFE)

Dans le cadre de mon travail de fin d'études en soins infirmiers, j'ai réalisé une étude sur l'expérience des soignants face à la violence, son impact émotionnel ainsi que sur la relation de soin. Votre participation à cette étude a été volontaire, et vos réponses sont anonymisées. Merci de remplir ce formulaire pour confirmer votre consentement à l'utilisation de votre témoignage dans un cadre strictement académique.

Merci pour votre participation ! 😊

Identité de l'IDE (Nom, Prénom) *

Ces informations ne seront pas utilisées dans l'analyse, elles servent uniquement à vérifier que chaque infirmier(e) répond bien au questionnaire. Tout sera anonymisé.

■■■■■■■■■■ IDE F

Confirmation de consentement *

Veuillez cocher la case ci-dessous pour confirmer votre consentement.



J'atteste avoir participé à un entretien dans le cadre de cette étude et j'autorise l'utilisation de mes réponses dans un cadre strictement académique.

Enregistrement *

Si votre entretien a été enregistré, veuillez confirmer votre accord pour son utilisation dans l'analyse.



J'atteste avoir accepté l'enregistrement de mon entretien à des fins d'analyse.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Formulaire de consentement (TFE)

Dans le cadre de mon travail de fin d'études en soins infirmiers, j'ai réalisé une étude sur l'expérience des soignants face à la violence, son impact émotionnel ainsi que sur la relation de soin. Votre participation à cette étude a été volontaire, et vos réponses sont anonymisées. Merci de remplir ce formulaire pour confirmer votre consentement à l'utilisation de votre témoignage dans un cadre strictement académique.

Merci pour votre participation ! 😊

Identité de l'IDE (Nom, Prénom) *

Ces informations ne seront pas utilisées dans l'analyse, elles servent uniquement à vérifier que chaque infirmier(e) répond bien au questionnaire. Tout sera anonymisé.

IDE E

Confirmation de consentement *

Veuillez cocher la case ci-dessous pour confirmer votre consentement.



J'atteste avoir participé à un entretien dans le cadre de cette étude et j'autorise l'utilisation de mes réponses dans un cadre strictement académique.

Enregistrement *

Si votre entretien a été enregistré, veuillez confirmer votre accord pour son utilisation dans l'analyse.



J'atteste avoir accepté l'enregistrement de mon entretien à des fins d'analyse.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Formulaire de consentement (TFE)

Dans le cadre de mon travail de fin d'études en soins infirmiers, j'ai réalisé une étude sur l'expérience des soignants face à la violence, son impact émotionnel ainsi que sur la relation de soin. Votre participation à cette étude a été volontaire, et vos réponses sont anonymisées. Merci de remplir ce formulaire pour confirmer votre consentement à l'utilisation de votre témoignage dans un cadre strictement académique.

Merci pour votre participation ! 😊

Identité de l'IDE (Nom, Prénom) *

Ces informations ne seront pas utilisées dans l'analyse, elles servent uniquement à vérifier que chaque infirmier(e) répond bien au questionnaire. Tout sera anonymisé.

■■■■■■■■■■ IDE M

Confirmation de consentement *

Veuillez cocher la case ci-dessous pour confirmer votre consentement.



J'atteste avoir participé à un entretien dans le cadre de cette étude et j'autorise l'utilisation de mes réponses dans un cadre strictement académique.

Enregistrement *

Si votre entretien a été enregistré, veuillez confirmer votre accord pour son utilisation dans l'analyse.



J'atteste avoir accepté l'enregistrement de mon entretien à des fins d'analyse.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Formulaire de consentement (TFE)

Dans le cadre de mon travail de fin d'études en soins infirmiers, j'ai réalisé une étude sur l'expérience des soignants face à la violence, son impact émotionnel ainsi que sur la relation de soin. Votre participation à cette étude a été volontaire, et vos réponses sont anonymisées. Merci de remplir ce formulaire pour confirmer votre consentement à l'utilisation de votre témoignage dans un cadre strictement académique.

Merci pour votre participation ! 😊

Identité de l'IDE (Nom, Prénom) *

Ces informations ne seront pas utilisées dans l'analyse, elles servent uniquement à vérifier que chaque infirmier(e) répond bien au questionnaire. Tout sera anonymisé.

■■■■■■■■■■ IDE K

Confirmation de consentement *

Veuillez cocher la case ci-dessous pour confirmer votre consentement.



J'atteste avoir participé à un entretien dans le cadre de cette étude et j'autorise l'utilisation de mes réponses dans un cadre strictement académique.

Enregistrement *

Si votre entretien a été enregistré, veuillez confirmer votre accord pour son utilisation dans l'analyse.



J'atteste avoir accepté l'enregistrement de mon entretien à des fins d'analyse.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Formulaire de consentement (TFE)

Dans le cadre de mon travail de fin d'études en soins infirmiers, j'ai réalisé une étude sur l'expérience des soignants face à la violence, son impact émotionnel ainsi que sur la relation de soin. Votre participation à cette étude a été volontaire, et vos réponses sont anonymisées. Merci de remplir ce formulaire pour confirmer votre consentement à l'utilisation de votre témoignage dans un cadre strictement académique.

Merci pour votre participation ! 😊

Identité de l'IDE (Nom, Prénom) *

Ces informations ne seront pas utilisées dans l'analyse, elles servent uniquement à vérifier que chaque infirmier(e) répond bien au questionnaire. Tout sera anonymisé.

IDE S

Confirmation de consentement *

Veuillez cocher la case ci-dessous pour confirmer votre consentement.



J'atteste avoir participé à un entretien dans le cadre de cette étude et j'autorise l'utilisation de mes réponses dans un cadre strictement académique.

Enregistrement *

Si votre entretien a été enregistré, veuillez confirmer votre accord pour son utilisation dans l'analyse.



J'atteste avoir accepté l'enregistrement de mon entretien à des fins d'analyse.

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe VI : Grilles d'analyse

Grille d'analyse des entretiens pour le concept de la violence dans le soin :

La violence dans le soin	Sous partie	Entretien 1 : IDE E	Entretien 2 : IDE K	Entretien 3 : IDE D	Entretien 4 : IDE F	Entretien, 5 : IDE S	Entretien 6 : IDE M
	Perception et définition de la violence	« Bah en fait c'est pas... on est vraiment sur ces résidents qui sont autistes complexes, elle n'est pas visée sur... sur le professionnel personnellement, il n'y a pas de ça du tout. En fait, ça va être vraiment quand ça déborde et qu'ils n'arrivent plus à gérer leurs émotions du	« Déjà, je séparais deux violences. Violence verbale, violence physique. Et puis après, dans la violence verbale, je ne sais pas comment définir. Ça peut être la façon de parler à quelqu'un, les termes employés aussi. Et dans le physique, atteinte à la	« La violence, c'est ce qui nous heurte. C'est un phénomène, c'est subjectif. Quelque chose qui peut te faire violence toi, ne peut pas m'en faire à moi. [...] Il y a des bases communes comme la violence verbale. Ça peut être des insultes ou des cris ou la manière qu'on a de	« Alors, il peut y avoir de la part des patients, déjà. Du coup, de la violence physique, verbale, psychique. La violence physique, ça peut être des agressions. La violence psychique, ça peut être... Verbale, on va partir de verbal. Verbal, ça peut être des insultes, plein d'autres	« Il y a différents types. Il y a la personne qui est anxieuse qu'on va accueillir, [...] elle ne sait pas ce qu'elle a, elle se sent dans le mal, donc elle va être assez angoissée mais ça peut se manifester effectivement par de l'agressivité, des remarques plus ou moins agréables et	« De toute façon, la violence, ça peut être une violence qu'on peut ressentir dans le soin. Des fois, ça peut être involontaire ou on peut être, pas acteur, mais, comment dire, voir de nos yeux certaines choses qui peuvent choquer. »

		<i>coup ça va déborder sur la personne qui va se trouver autour. Mais c'est pas visé sur quelqu'un en particulier. »</i>	<i>personne, que ce soit par une agression vraiment physique de la personne sur la personne, en utilisant un objet. »</i>	<i>s'adresser aux gens. Ça peut être dans le ton aussi simplement qu'il est utilisé. [...] Il y a une distinction à faire avec l'agressivité. Parce que la violence, c'est ce qui nous fait violence. La violence physique, ça peut être les coups. »</i>	<i>choses. Et psychique, ça peut être un patient qui fixe sur toi et qui va essayer de rentrer un petit peu dans tes failles, dans tes difficultés pour essayer de t'atteindre psychologiquement. Après, tu as aussi la violence institutionnelle qui existe et qui est induite par l'état actuel du système de santé en France. »</i>	<i>tout ça. À la limite, ça se gère. Après, il peut y avoir la violence ou l'agressivité qui est liée soit à la pathologie psychiatrique pure ou liée effectivement au trouble cognitif d'une personne âgée. Ou le troisième point, c'est la personne en fait d'une violence physique juste parce qu'à un moment donné, on ne répond pas à ses demandes correctement ou dans le délai qui soit</i>	
--	--	---	--	--	---	---	--

						ou juste parce qu'en fait, il a envie de péter un câble comme ça et que son moyen, c'est de se montrer agressif verbalement ou physiquement. »	
	Types et fréquence des violences rencontrées	« C'est quotidien. Ouais c'est quotidien. Je peux prendre l'exemple d'un résident qui est en situation euh complexe. Voilà, ces dernières semaines, il y a des troubles du comportement. On a du mal à trop savoir pourquoi. Donc	« Ici, beaucoup. [...] Parce qu'on a quand même un public qui a beaucoup de troubles de comportement avec le passage à l'acte envers les résidents, avec les soignants envers eux-mêmes. »	« Manel : Et tu y es fréquemment exposé à ces violences ? IDE D : Cette dernière-là ? Manel : Toutes les violences que tu as citées. IDE D : A toutes ? Ah oui, oui, oui dans les services de crise. Manel : C'est	« La violence institutionnelle, je pense qu'on y est exposée absolument tous les jours. [...] Et la violence de part les patients, c'est quand même relativement fréquent, mais c'est en lien aussi avec leur état psychique.	« Alors, je pense que n'importe quel soignant qui travaille dans le service d'urgence, quand je remets dans la violence générale par rapport à tout ce que je t'ai dit, au niveau psychiatrique, des personnages et	(cette professionnelle ne m'a pas apporté de réponse à analyser)

		on a essayé de voir du coup au niveau somatique, voir s'il n'y avait pas des douleurs, une infection quelconque, des douleurs dentaires. Donc voilà il y a eu un traitement antidouleur qui a été mis en place pour pouvoir évaluer. Et ça, il n'y a pas eu d'effet escompté. Il y a toujours des troubles du comportement qui persistent. Donc là, on essaye vraiment dans le quotidien.		quotidien ? IDE D : Si ce n'est pas quotidien, les risques sont quotidiens. On met tout un tas de stratégies en place pour prévenir toutes ces violences. Puisqu'on est au cœur de l'accueil des patients en crise. Quand il y a la crise, il y a une exacerbation des symptômes. Dans le traitement des psychoses, ça peut aller très loin parfois. Donc, effectivement. »	Donc, elle n'est pas forcément dirigée, mais elle est existante. Peut-être pas quotidien, mais quasiment. »	tout ça, tu dois être exposée au moins, une fois sur ton poste. »	
--	--	--	--	--	--	--	--

		<i>Leur quotidien est fait de rituels en fait, pour qu'ils puissent se repérer dans le temps et dans l'espace, pour qu'ils puissent appréhender en fait ce qui va suivre dans la journée. Donc on essaye de voir sur quel temps ça ne va pas, qu'est ce qui se passe. »</i>					
	Postures et réaction face à la violence	<i>« ça va être vraiment spécifique aux résidents. [...] On a un résident qui euh... qui peut présenter de la violence suite à</i>	<i>« on peut avoir des indications avec le psychiatre qui peut nous guider, comment intervenir... Nous, on a</i>	<i>« La clé, c'est l'évaluation. C'est le regard que tu vas porter sur la situation. La première chose à faire, c'est de</i>	<i>« Moi, je suis formée à la gestion de l'agressivité et de la violence. J'ai eu plusieurs formations différentes,</i>	<i>« Alors... Déjà, c'est se protéger. [...] mais si, par exemple, c'est pas moi la première interlocutrice [...] il faut se</i>	<i>« on essaye de réfléchir sur le bien-être et le confort, premièrement. »</i>

		des frustrations, mais il a accès au langage verbal. Donc par la parole, on va réussir à temporiser et à apaiser. Voilà, le but, c'est de l'écouter, d'entendre ce qui l'énerve. Donc on désamorce en fait par un entretien [...] les deux autres résidents qui sont non verbaux, là du coup, c'est plus difficile, voilà. La parole, au contraire, ne suffit pas. Et voire même des fois,	l'administration de si besoins en injectable [...] Contention chimique qui marche rarement [...] Ensuite, on a aussi des solutions de repli : mise en chambre en sécurité, salon d'apaisement sous surveillance ... On a aussi un DATI c'est le dispositif d'alerte [...] quand c'est vraiment délicat, la situation est trop violente. »	déterminer la situation qui est en face de toi de violence. [...] Il faut connaître un peu ses propres limites. [...] Si tu veux, quand on pense à agitation, tu peux penser à l'intervention physique, mais en fait, pour moi, l'intervention physique, elle est tout en haut de ta pyramide. Et la première chose à faire, le truc de base, c'est parler à l'autre, et ça s'appelle la pacification. Et quand je parlais	donc plusieurs techniques différentes de gestion de l'agressivité et de la violence. Le premier point qui t'aide pour la gérer, c'est la formation. Et le deuxième point qui va t'aider, c'est l'expérience. [...] ça fait huit ans que je suis infirmière, je développe des capacités à pouvoir m'en protéger et pouvoir soit les différer, soit les pacifier. »	rapprocher juste, doucement, voir un petit peu, on appelle la sécurité [...] et en aucun cas il faut s'exposer, vraiment [...] avoir toujours une distance de sécurité, essayer de faire comprendre les choses, [...] c'est vraiment pas se mettre en danger. »	
--	--	---	--	---	--	--	--

		<i>le fait de parler peut générer davantage de la violence [...]</i> <i>le fait de se retirer en fait d'être ce qu'on appelle un retrait d'attention volontaire, on se retire de leur champ de vision, il n'y a plus de stimuli autour donc du coup, petit à petit ça se calme. Et quand il y a ce retour au calme là, bah après on essaye de reprendre contact et de voir ce qu'on peut proposer par la suite et si ça</i>		<i>d'évaluer, c'est ça aussi. La pacification, c'est se centrer sur l'autre, donc sur la personne, et essayer d'identifier sa demande. Parce que son comportement peut induire implicitement une demande qu'il n'arrive pas à formuler. »</i>			
--	--	---	--	--	--	--	--

		<i>fonctionne. »</i>					
--	--	----------------------	--	--	--	--	--

Grille d'analyse des entretiens pour le concept des émotions :

Les émotions	Sous partie	Entretien 1 : <i>IDE E</i>	Entretien 2 : <i>IDE K</i>	Entretien 3 : <i>IDE D</i>	Entretien 4 : <i>IDE F</i>	Entretien, 5 : <i>IDE S</i>	Entretien 6 : <i>IDE M</i>
	La gestion émotionnelle face à la crise ou à la violence	« on a des temps d'analyse des pratiques professionnelles [...] ça te permet de prendre un peu de distance sur la situation. »	« Moi, c'est le rire. [...] Je relativise beaucoup. Et par l'humour. »	« C'est assez automatisé maintenant. Pour moi, la base, c'est qu'on soit tous en sécurité. [...] tu as l'adrénaline, donc tu agis vite, tu agis plus vite, tu réfléchis plus vite. Et donc, quand tu fais face à ça, à de la violence, tu as plusieurs types d'actions, mais qui sont presque instinctives. Tu peux fuir, tu peux foncer, tu peux figer. [...] Moi, c'est foncer.	« je pense qu'avec l'expérience et les formations, tu développes du coup des choses pour pouvoir les canaliser et contenir tes émotions et les analyser par la suite. [...] Les émotions, on les contient parce qu'on est dans le monde professionnel et parce qu'on a l'expérience pour le faire. »	« Tu essaies de garder la tête froide [...] On est beaucoup dans la catharsis : soit on débrieft, soit on parle avec nos collègues. [...] Il y a même la cellule psychologique. »	« Je le prends en considération. Si c'est des sauts d'humeur soudains ou un comportement mal placé du résident, je l'isole et je le rappelle à l'ordre. Je pose un cadre. [...] Si c'est un membre de l'équipe qui est violent, là, je verbalise après. »

				<i>Moi, c'est foncer, mais pas foncer tête baissée non plus, parce que je suis cérébrale. »</i>			
	Place et impact des émotions dans l'efficacité du soin	<i>« Je pense que si on ne peut pas mettre à distance, je pense que c'est très compliqué. »</i>	<i>« Je pense pas, honnêtement je pense pas, parce que du coup... comme je sais pourquoi il y a cette violence [...] j'arrive vite à relativiser. »</i>	<i>« Moi, je pense que c'est une force, parce qu'il ne faut pas les nier non plus. Mais la force, ça va être de reconnaître son propre fonctionnement. Puisque tu vas induire des choses chez l'autre sans que tu le veuilles. Si t'as peur... Il y a des choses qu'il sent, et les patients le sentent aussi. Ils peuvent sentir que tu es sur la</i>	<i>« je pense qu'à l'instant T, ce n'est pas forcément le moment pour les verbaliser. Mais je pense qu'en effet, sur les temps de débrief informels ou formels, c'est une force de pouvoir les verbaliser. Parce que si tu les verbalises, tu les décharges [...] Si tu n'arrives pas à les</i>	<i>« je pense que c'est très compliqué de réaliser un soin après. La relation soignant-soigné va être forcément impactée, après ça ne va pas changer le bon déroulé de la prise en charge, mais c'est juste qu'à un moment donné, le contact empathique, je suis à votre écoute, on est là pour vous, en</i>	<i>« Je pense que les émotions, c'est humain. En ressentir, on essaie de faire face, il n'y a pas de soucis. Et de libérer ses émotions à l'extérieur de la chambre ou à l'extérieur, il n'y a pas de problème. Après, ça peut arriver que les émotions soient visibles. Moi, je pars du principe que c'est l'humain, on n'est pas des robots. [...] On</i>

				<i>réserve, ou que tu es perturbé à un moment, ou que tu n'es pas totalement disponible. Ou que tu peux être heureux, ils le sentent aussi. Ou que tu peux être triste. C'est travailler avec. Vraiment. [...]</i> <i>Pour moi, dans la relation, dans le soin en psychiatrie, ce qui est important, c'est surtout ce qu'il y a chez l'autre. Et savoir reconnaître ce qu'il y a chez soi. »</i>	<i>verbaliser, tu les gardes. Et du coup, c'est compliqué de pouvoir passer à autre chose. »</i>	<i>fait non, je fais juste mon job, c'est-à-dire que mon rôle prescrit. »</i>	<i>peut avoir de l'empathie, prendre un petit peu de recul et avoir une juste distance [...] il faut un juste milieu. »</i>
--	--	--	--	---	--	---	---

	Équilibre émotionnel et ressources mobilisées	<i>« Faut réussir ouais à trouver son équilibre. [...] humainement, ça renvoie à des choses qui sont, qui sont compliquées. D'où l'intérêt d'arriver à mettre à distance le plus possible. Mais ça n'empêche que moi, souvent, quand je rentre à la maison le soir, il y a certaines situations que je ne peux pas couper totalement. Et j'y pense et c'est-c'est normal, on a de l'empathie et puis... et puis</i>	<i>« Il y a de l'humour, j'en parle chez moi à mon mari... et puis du sport, moi j'aime bien faire du sport aussi. Ça décharge, ça libère... »</i>	<i>« Déjà, l'auto-analyse. Sauf que ce n'est pas du tout suffisant. Il y a le dialogue avec tes pairs. C'est vraiment un truc hyper important. Ça s'appelle aussi, tu peux dire, le defusing. C'est un débrief à chaud, en quelque sorte, pour que tu puisses dire tout ce qui te traverse juste après ce genre de situation. Le reprendre entre nous, ça te permet déjà de te décaler de ce qui vient de la violence des événements qui se sont passés. »</i>	<i>« Moi, j'ai besoin d'en parler. Donc, a posteriori, je vais avoir besoin d'en parler avec mes collègues, de décharger, de reprendre la situation. Mais il y a beaucoup moins de situations qui m'impactent maintenant qu'avant. [...] c'est mon expérience et c'est ma capacité à pouvoir le décharger rapidement. »</i>	<i>« Je ne suis pas quelqu'un qui garde ses émotions et tout ça. Moi, je parle. [...] Avec mes collègues, avec mon conjoint, j'ai mes enfants, donc ça me permet de relativiser. À un moment donné, je rentre chez moi, c'est bon, ce qui s'est passé reste au travail et voilà. Après, il y a le sport, il y a les amis, c'est d'avoir aussi un épanouissement en dehors du service. Pour décharger. »</i>	<i>« mettre des mots sur ce qui s'est passé. Pas rester indifférente ou laisser passer la chose. »</i>
--	--	---	--	--	---	---	--

		<i>oui, on reste humain quoi. »</i>					
--	--	---	--	--	--	--	--

Grille d'analyse des entretiens pour le concept de la relation soignant-soigné :

La relation soignant-soigné	Sous partie	Entretien 1 : IDE E	Entretien 2 : IDE K	Entretien 3 : IDE D	Entretien 4 : IDE F	Entretien, 5 : IDE S	Entretien 6 : IDE M
	L'impact sur l'alliance thérapeutique après une crise	« ça peut être compliqué on réagit tous différemment... [...] et des fois, il nous faut un peu de temps. [...] on essaye de faire les choses par étapes dans le temps pour que la confiance elle puisse se regagner aussi et dans des temps de plaisir du résident. C'est petit à petit. »	« Non, pas vraiment. »	« Oui, ça peut arriver. La reprise des événements, ça sert à ne pas faire comme si rien ne s'était passé. »	« dans la grande majorité des cas, les comportements de violence, ils ne sont pas dirigés. [...] Quand on parle d'un patient psychotique, par exemple, la violence, très souvent, elle n'est pas dirigée. Quand c'est un patient qui a un trouble de la personnalité, ça peut être dirigé. Donc, du coup, déjà, ton comportement,	« Ah ben, je pense que oui, à ce moment-là, la confiance, elle est rompue, mais je parle dans le cas de de l'abruti, dans le cas de celui qui, de manière intentionnelle et violente, par contre, le patient psychiatrique et le patient sénile, pas du tout. »	« Si c'est la pathologie, ça ne va pas m'impacter. Si ça n'a rien à voir avec la pathologie et que ce n'est pas quelque chose de connu chez lui, que c'est vraiment, par exemple, de l'irrespect ou autre, ça va changer ma façon de le soigner. Pas en mal, juste de faire comprendre, par exemple, au lieu de rigoler et faire comme si tout

					<i>il va être différent avec un patient qui est psychotique ou avec un patient qui a un trouble de la personnalité. Donc, tu vas veiller à ta posture professionnelle et à la juste distance entre le soignant et le soigné »</i>		<i>va bien. »</i>
Facteurs facilitant la relation soignant soigné	<i>« La connaissance du résident. »</i>	<i>« connaître bien le patient, le résident, avec toute son histoire antérieure. Connaître, toi, tes limites aussi »</i>	<i>« Je dirais, la chose la plus importante, c'est que toi, tu sois conscient de ton fonctionnement et de tes limites. Que tu aies une connaissance du patient, le plus possible,</i>	<i>« La communication , si c'est possible. L'analyse clinique du soignant. En fait, au plus ton analyse clinique de la situation, elle est juste, au mieux la</i>	<i>« La communication , déjà. La communication . En fait, il faut tout expliquer aux patients. Même quand on a un délai d'attente qui est trop long, ou pourquoi</i>	<i>« Discuter, parler, poser des mots. Poser un entretien. Peut-être, je pense que vous l'avez vu en cours, l'entretien formel, l'entretien informel. »</i>	

				<i>et une connaissance de l'environnement</i> <i>Ensuite, la chose vraiment très importante, c'est la pacification. [...] Et le travail en équipe »</i>	<i>situation de violence, elle va être gérée calmement. »</i>	<i>effectivement à un moment donné ces soins ne nécessitent pas une urgence, en fait, il faut expliquer simplement aux gens »</i>	
--	--	--	--	---	--	--	--

Annexe VII : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



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 soussigné(e) (Prénom, NOM) : Naceur Manel

Promotion : 2022/2025

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

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

(Titre du TFE) Quand la posture soigne et que l'émotion parle : faire face à la violence avec humanité.

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 18 avril 2025 Signature :

Résumé en français

Titre : Quand la posture soigne et que l'émotion parle : faire face à la violence avec humanité.

Ce travail de recherche porte sur les différentes émotions ressenties par un soignant face à la violence. Afin d'aborder ce sujet, j'ai défini ma question de départ qui est la suivante : « **En quoi les situations de violence dans le soin peuvent-elles impacter les émotions des soignants et influencer la qualité de la relation soignant soigné ?** ». Cette question de départ est née de nombreux questionnements que j'ai pu avoir au regard d'une situation vécue pendant un stage et elle a pu orienter mon étude. J'ai étudié divers auteurs et lectures afin de nourrir ma réflexion et approfondir ma compréhension du sujet. Trois concepts ont été mis en exergue : la relation soignant-soigné, les émotions et la violence dans le soin. Afin d'enrichir mes apports théoriques, j'ai choisi de faire des entretiens semi-directifs auprès de divers infirmiers dans diverses structures à l'aide d'une grille d'entretien. J'ai ensuite analysé les entretiens et confronté les idées émises à celles de mes lectures. Ce travail vous invite à réfléchir à la place des émotions dans la pratique soignante, en particulier lorsque nous sommes confrontés à la violence.

Mots clés : Émotions, violence, relation soignant-soigné, juste distance, posture professionnelle

Nombre de mots : 195 mots

Abstract in english

Title : When posture heals and emotion speaks : facing violence with humanity.

This research work focuses on the different emotions felt by caregivers when confronted with violence. In order to address this subject, I defined my starting question as follows: "How can situations of violence in care impact caregivers' emotions and influence the quality of the relationship between the carer and the patient ? ». This initial question was born of many questions I could have in view of a situation experienced during an internship and helped to guide my study. I studied various authors and readings in order to nourish my thinking and deepen my understanding of the subject. Three concepts were highlighted : the relationship between the carer and the patient, emotions and violence in care. In order to enrich my theoretical contributions, I chose to do semi-directive interviews with various nurses in different structures, using an interview grid. I then analyzed my interviews and compared the ideas expressed with those of my readings. This work invites you to reflect on the place of emotions in nursing practice, particularly when we are confronted with violence.

Keywords : emotions, violence, the relationship between the carer and the patient, just distance, professional posture

Word count : 174 words