

Institut de Formation de Professions de Santé

Formation infirmière

44 chemin du Sanatorium

25030 Besançon Cedex

L'INFIRMIER FACE A UNE SITUATION DE VIOLENCE EN PSYCHIATRIE



UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

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

UE 6.2 S6 : Anglais rédaction de l'abstract du travail de fin d'étude

Présenté par :

JOUVE Manon, PETITHORY Marie, SOURAPHA Vanessa, WALGER Maud

Promotion 2012/2015

Formateur de guidance :

SORDET Agnès

Institut de Formation de Professions de Santé

Formation infirmière

44 chemin du Sanatorium

25030 Besançon Cedex

L'INFIRMIER FACE A UNE SITUATION DE VIOLENCE EN PSYCHIATRIE



UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

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

UE 6.2 S6 : Anglais rédaction de l'abstract du travail de fin d'étude

Présenté par :

JOUVE Manon, PETITHORY Marie, SOURAPHA Vanessa, WALGER Maud

Promotion 2012/2015

Formateur de guidance :

SORDET Agnès

« La violence est un cheval au galop

Qui finit par s'essouffler... »

Un Infirmier

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous tenons à remercier Madame SORDET Agnès pour avoir répondu à toutes nos questions et pour nous avoir accompagnées tout au long de notre travail.

Nous souhaitons remercier également tous les professionnels que nous avons interviewés pour avoir pris de leur temps pour répondre à toutes les questions que nous nous posions, ce qui nous a permis d'accomplir notre travail de fin d'étude.

Nous tenons à remercier nos personnes ressources qui nous ont aidées durant la réalisation du travail, qui nous ont soutenues et qui nous ont rassurées lors de nos moments de peur et de doutes.

Nous remercions également nos familles pour nous avoir soutenues tout au long de ce travail et tout au long de cette formation

TABLE DES MATIERES

I. DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE DEPART	9
A. Description de la situation d'appel	10
B. Analyse, questionnement, recherches préliminaires	11
C. La question de départ	11
II. LE CADRE CONCEPTUEL A PARTIR DES RECHERCHES	13
A. Les généralités sur la psychose et le patient psychotique	14
1. Définition de la psychose	14
2. Les signes cliniques que présente le patient psychotique	14
3. Les différentes formes de psychoses	15
a. Les psychoses aiguës	15
b. Les psychoses chroniques	16
c. Les psychoses dissociatives	16
d. Les psychoses non-dissociatives	16
B. La violence	17
1. Définition du concept de la violence	17
2. Les différentes manifestations	17
3. Les facteurs influençant	18
C. Les éléments rassurants ou déclencheurs de la violence	18
1. La relation, les interactions relationnelles et les représentations sociales	18
2. La communication	20
a. La communication verbale	21
b. La communication non-verbale	21
3. L'environnement	22
III. L'AVIS DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE TERRAIN	24
A. Les déterminants sociaux	25
B. Le patient psychotique	25
C. La violence	26
D. La réactivité soignante	26
E. Les propositions	28
F. Les formations	28
CONCLUSION	15
PROBLEMATIQUE	15
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	19

ANNEXE 1	37
ANNEXE 2	38
ANNEXE 3	38
ANNEXE 4	40

INTRODUCTION

Dans le cadre notre formation suivie à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, il nous est demandé de réaliser un Travail de Fin d'Etude dans lequel nous devons nous initier à la recherche autour d'une problématique. Durant notre formation nous avons chacune effectué différents stages en secteur psychiatrique où nous nous sommes rendu compte de l'importante agressivité des patients. En effet, en 2012 l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé a recensé plus de 11000 signalements de violence dans 350 établissements de santé publics ou privés (ce qui représente 12% des établissements de santé) dont 42% au CHU et 43% en établissement de santé mentale. La majorité des violences sont physiques et en grande partie qualifiées de niveau 3 : coups, bousculades, crachats. L'infirmier peut être amené à faire face à des réactions violentes de la part des patients et se mettre dans des situations difficiles à gérer voire dangereuses. Ces situations survenant en services psychiatriques sont susceptibles d'engendrer peur et insécurité pouvant déstabiliser le soignant dans son savoir-faire habituel. La violence est inhérente à la nature humaine et semble plus importante en secteur psychiatrique. Les accès de violence très souvent présents en santé mentale nous ont interpellées c'est pour cela que nous avons choisi de nous intéresser à ce sujet : la violence en psychiatrie. A partir d'une situation d'agressivité vécue par l'une d'entre nous lors d'un stage en service de psychiatrie avec principalement des patients psychotiques et de lectures autour de la violence en santé mentale, nous nous sommes alors questionnées sur l'infirmier face à une situation de violence en secteur psychiatrique et les paramètres favorisant la survenue de celle-ci.

I. DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE DEPART

A. Description de la situation d'appel

La situation s'est déroulée lors de mon stage dans un service ouvert de psychiatrie. La patiente, Mme V est une femme de 34 ans, mariée mais séparée de son époux. Il s'agit d'une patiente psychotique, souffrant de schizophrénie. Mme V est hospitalisée à la demande d'un tiers. La situation relate d'un temps où je réalisais seule la distribution des cigarettes, pendant environ 10 minutes, après le repas en salle avec les autres résidents. Les soignants étaient en partie restés dans la salle des repas, et d'autres étaient à l'étage du pavillon. Dans un placard se trouve une fiche récapitulative du nombre de cigarettes à donner à chaque patient en fonction des horaires. Lorsqu'on ouvre le placard, on se retrouve entre la porte et les patients. Il n'y a rien derrière nous. Ce jour-là, les patients se sont mis à la file indienne à côté de moi, j'ai servi les premières cigarettes puis ce fut au tour de Mme V qui me demande ses cigarettes ainsi que de lui en donner une de plus par rapport à d'habitude. Je lui explique que je ne peux pas répondre à sa demande, je lui montre la fiche tout en lui disant que d'habitude elle n'en a que deux et que ça n'avait pas à changer aujourd'hui. Ce n'est pas la première fois que Mme V tente de me tester sachant que je suis étudiante, elle m'a déjà demandé de lui ouvrir sa lingerie en cachette, en me demandant de ne rien dire à l'équipe soignante. Je n'ai jamais cédé à ses demandes. Après mon refus quant à lui rajouter une cigarette, Mme V a commencé à s'énerver un petit peu en me disant « vous pouvez bien faire ça pour moi quand même », « c'est bientôt les fêtes de fin d'année, ce serai mon cadeau de votre part », « vous pouvez quand même être gentille non ? »... De ce fait, je réitère mon explication pour lui dire que je ne peux pas et qu'elle n'a le droit qu'à deux cigarettes à cette heure-ci. Pendant mon explication, afin de m'impressionner, les autres résidents, des hommes imposants, grands et forts, se sont placés juste derrière moi. Ils ont eux aussi commencé à insister pour que je rajoute une cigarette à Mme V. Ils me racontent que d'habitude les autres soignantes le faisaient et que je ne savais rien parce que je n'étais qu'une simple stagiaire. Tout à coup j'étais bloquée entre la porte du placard et les patients, sans autres soignants à proximité. A ce moment-là j'ai commencé à être prise de panique, ne sachant pas quoi faire et ayant peur de la situation et de la violence dont les résidents peuvent être capables. J'ai donc cédé à la patiente et donné une cigarette supplémentaire à Mme V. Après cet incident, je suis allée trouver l'équipe soignante pour leur expliquer mon problème. Ils m'ont rassurée et m'ont conseillée de retourner voir la patiente un peu plus tard afin de faire un entretien infirmier. En effet, derrière cet incident se cache sûrement un mal être de la personne dû à ses délires.

B. Analyse, questionnement, recherches préliminaires

Après avoir défini notre situation d'appel, nous nous sommes toutes interrogées sur les questions en lien avec celle-ci :

- Comment gérer la peur face à une situation d'agressivité ou de potentielle agressivité de la part d'un patient en tant que jeune diplômé(e) ?
- Quels moyens avons-nous pour anticiper un comportement agressif ? Quelle attitude adopter pour être sécurisant (verbal, non-verbal...) ?
- Qu'est-ce qui peut, de la part d'un soignant, provoquer ou amplifier un comportement agressif chez un patient ?
- Qu'est-ce qui est mis en place pour la sécurité des soignants en milieu psychiatrique ?
- Comment le soignant peut-il établir une relation de soin avec un patient violent et psychotique ?
- Quelle est la place du lien de confiance dans la prise en charge de la violence chez un patient psychotique ?
- En quoi l'environnement influence-t-il le comportement d'un patient psychotique ?
- Le fait d'être en groupe avec d'autres patients va-t-il favoriser l'agressivité de la patiente face à un seul soignant ?
- Le statut d'étudiant favorise-t-il le comportement agressif de la part de patients psychotiques ?
- Est-ce que le fait de sentir le soignant déstabilisé a un impact sur la réaction du patient ?
- Est-il possible, en tant qu'étudiant, d'instaurer une relation de respect, d'encadrement avec les patients psychotiques afin d'éviter les débordements et qu'ils nous considèrent comme des professionnels de santé ?
- En quoi les délires des patients psychotiques peuvent-ils induire des violences physiques ou verbales ?
- L'instauration d'un rythme de vie avec des horaires fixes et définis permet-il de diminuer le risque de violence chez les patients psychotiques ?
- L'unité et la bonne cohésion d'une équipe soignante favorisent-elles la prévention des violences chez les patients psychotiques ?

C. La question de départ

À la suite de ce questionnement, nous aboutissons à une première question de départ : en quoi le comportement d'un soignant peut-il provoquer une réaction violente chez un patient psychotique ? Nous avons effectué des recherches théoriques afin d'étayer le cadre conceptuel et de clarifier l'objectif de notre recherche. Puis au fur et à mesure des recherches, nous nous sommes aperçues que le comportement du soignant n'est pas le seul facteur favorisant d'une réaction violente chez un patient psychotique. Après l'analyse de ces données, nous avons construit notre question de départ : **en quoi les interactions relationnelles, les représentations, les comportements du soignant infirmier peuvent-ils influencer sur une expression violente du patient psychotique en service d'admission ?** Nous avons ensuite réalisé des entretiens auprès de soignants concernés par notre sujet : infirmières et aides-soignantes aux urgences psychiatriques et en pavillons d'admission.

II. LE CADRE CONCEPTUEL A PARTIR DES RECHERCHES

A. Les généralités sur la psychose et le patient psychotique

1. Définition de la psychose

D'après Michel HANUS et Olivier LOUIS,

« La psychose est une organisation particulière de la personnalité, une structure psychologique dont l'élément essentiel est un trouble de l'identité c'est-à-dire une perturbation dans la prise de conscience de soi d'où il découle un flou plus ou moins important dans la saisie des limites entre soi et non-soi, sa propre réalité et celle de l'extérieur, un manque dans le sens de la réalité. » [1, p.68]

Il faut savoir qu'en soi, la psychose n'est pas systématiquement pathologique. En effet, l'organisation psychotique est conciliable avec une vie dite normale, la pathologie serait-elle donc liée à un élément déclencheur.

La psychose se définit par une altération de la perception de la réalité et une absence des limites du Moi. Lors de l'un de nos entretiens, on nous explique que « le patient psychotique peut reconnaître qu'il ne va pas bien car il le sent dans son fond intérieur, mais il n'est pas réellement conscient de ses troubles. » On voit donc une distinction entre se rendre compte et en être conscient. Effectivement, ces patients remarquent qu'ils reviennent souvent aux mêmes endroits, c'est-à-dire en service de psychiatrie quel qu'il soit, c'est à ce moment-là que l'on peut dire qu'ils se rendent compte qu'ils ne vont pas bien, cependant ils ne pourront pas mettre de mots, ni expliquer ce mal être, c'est pourquoi on peut dire qu'ils ne sont pas conscient de leur maladie et de leurs troubles.

2. Les signes cliniques que présente le patient psychotique

Avant l'apparition d'une psychose, on peut constater certains signes avant-coureurs tels que l'isolement social, la méfiance, la nervosité, l'irritabilité, l'anxiété et la dépression.

On peut également observer des habitudes de sommeil perturbées, changements au niveau de l'appétit, de la capacité de mémorisation, de réflexion et de concentration.

La psychose peut se manifester brutalement ou de façon progressive.

Les symptômes les plus courants de la psychose sont :

- La modification de la pensée : les idées du patient deviennent embrouillées, il ne pense plus de la même façon et peut présenter des difficultés à se concentrer, à suivre une conversation ainsi qu'à se souvenir de certaines choses.
- Les croyances étranges ou fausses qui se manifestent par l'apparition d'idées délirantes.
- La modification de la perception : la personne est sujette à des hallucinations, ses sens peuvent percevoir des choses qui n'existent pas, comme le fait d'entendre des voix par exemple.
- La modification des sentiments et de l'humeur qui peuvent être soit amplifiés, soit fortement diminués.
- La modification du comportement : au niveau de ses relations sociales, ses études, son travail, son sommeil, son appétit. Le patient peut également présenter un isolement social ou des idées suicidaires.

L'origine du premier épisode de psychose reste néanmoins assez floue. Des recherches ont été faites à ce sujet, il en ressort que la combinaison de différents facteurs biologiques (dont l'hérédité) peut accroître le risque de développement des symptômes psychotiques.

Les événements stressants, la dopamine, la sérotonine et certains agents chimiques du cerveau peuvent également influencer sur l'apparition et l'évolution de la psychose.

3. Les différentes formes de psychoses

Il existe plusieurs types de psychoses notamment les psychoses dites aiguës et les psychoses chroniques.

a. Les psychoses aiguës

Les bouffées délirantes aiguës surviennent de manière brutale et sont non prévisibles. En effet, les personnes présentant les symptômes ne souffraient pas de troubles psychiques auparavant. Elles apparaissent souvent chez les personnes âgées de 18 à 30 ans.

On peut les définir comme des épisodes psychotiques transitoires qui sont caractérisés par des délires avec des troubles hallucinatoires. Le sujet tient des propos incohérents et se comporte de manière irrationnelle. La personne souffrant de ces troubles n'a pas conscience de son délire.

Ces symptômes disparaissent, en principe, au terme de deux ou trois semaines et le sujet ne garde aucune séquelle.

Il y a également les états confusionnels où le sujet est anxieux, irritable, il tient des propos incohérents, confus, manque de concentration, peut avoir une mauvaise perception du monde extérieur. Ces troubles surviennent au bout de quelques jours et ne durent que peu de temps.

b. Les psychoses chroniques

Les psychoses chroniques sont des pathologies à long terme, durant plus de six mois.

Il y a deux types de psychoses chroniques :

- les psychoses dissociatives
- les psychoses non dissociatives

c. Les psychoses dissociatives

Elle se déclare le plus souvent à l'adolescence, entre quinze et vingt-cinq ans. Elle est définie par une déstructuration de la personnalité, une incohérence dans les propos et dans les gestes. Elle est caractérisée par un syndrome dissociatif c'est-à-dire que le sujet présente des délires, une discordance affective et une rupture avec le monde extérieur.

Les autres symptômes sont le sentiment de persécution, une mégalomanie.

d. Les psychoses non-dissociatives

La paraphrénie est définie par la perte de contact avec la réalité et par des troubles de la personnalité, le sujet présente un délire non systématisé et un délire juxtaposé à la réalité. Il existe deux types de paraphrénies, premièrement la paraphrénie systématique c'est à dire que le malade se voit au centre de son délire et la paraphrénie fantasmagorique où la réalité est imaginaire. Cette pathologie survient principalement chez les adultes.

La paranoïa est une forme de psychose. Une personne paranoïaque présente des délires chroniques, systématisés c'est-à-dire que le délire est construit, cohérent et logique. Celui-ci est à type de persécution, de suspicion, d'interprétation

Le sujet est convaincu de son délire, il se montre comme méfiant, orgueilleux, susceptible et avec une certaine rigidité du psychisme. Les hallucinations ne font pas partie des symptômes de cette pathologie.

Il y a ensuite les psychoses hallucinatoires chroniques .les femmes sont plus souvent touchées par cette maladie. Celle-ci se déclarerait suite à un événement marquant et déclencheur. Les

symptômes de cette psychose sont des idées délirantes, des hallucinations auditives, cénesthésiques (sensation d'être touché), visuelles. Les personnes souffrant de cette pathologie présentent également des troubles émotionnels.

Les psychoses hallucinatoires chroniques mêlent souvent deux phases, une phase où le sujet va délirer de façon récurrente et importante et une phase où il va être en lien avec la réalité et où les délires seront moins présents.

Les troubles bipolaires font également partis des psychoses chroniques. Ils sont définis par une fluctuation anormale de l'humeur, le sujet oscille entre une phase maniaque où il va être surexcité, irritable et une phase dépressive où le moral va être très bas, où le sujet va perdre tout espoir ou toute envie de faire telle ou telle activité.

B. La violence

1. Définition du concept de la violence

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la violence ainsi :

« La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe pour communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations. » [2, p.1]

Ces définitions comprennent les actes qui vont au-delà de la violence physique, incluant les menaces, l'intimidation. Trois catégories de violences sont ainsi mises en évidence : auto-infligées, interpersonnelles et collectives.

Nous pouvons mettre en évidence deux différentes sortes de violence : la violence « normale » et la violence « pathologique ». La violence dite normale est réalisée par une personne consciente de ses actes dans un but déterminé. Alors que la notion de violence pathologique est utilisée pour des personnes dont la conscience est troublée. Dans ce cas, cet acte est incohérent et inadapté visant principalement à soulager un malaise intérieur et non un conflit extérieur. Ce manque de contrôle peut provoquer une hétéro-agressivité ou un retournement de cette pulsion contre soi-même

2. Les différentes manifestations

La violence est due à une tension qui excède les capacités régulatrices du sujet. Cet accès de violence impose une décharge extérieure se traduisant par une agitation physique et psychique. La psychanalyse considère donc que « l'acte de violence est le résultat d'une déviation des pulsions agressives en pulsion destructrice. » [3, p.37] Il existe différentes formes d'expression de la violence : « impolitesse, irrespect, insultes, menaces et coups physiques. » [4, p.8] Selon les Agences Régionales de l'Hospitalisation il existe quatre différents degrés de violence. [Annexe 1]

Des signes précurseurs de la violence peuvent être présents : changement d'attitude, patient logorrhéique, qui se plaint, se questionne plus ou se renferme sur lui-même...

3. Les facteurs influençant

Ces facteurs sont multiples :

- des facteurs individuels relatifs au patient : personnalité du sujet, comportement menaçant, troubles psychiques, alcoolisme et toxicomanie
- des facteurs liés aux soignants : attitudes défensives, comportement craintif/timide, provocations verbales ou physiques, stress, épuisement professionnel, démotivation, manque de formation
- des facteurs environnementaux : exigüité des locaux, conflits familiaux, soucis financiers
- des facteurs liés à l'organisation du travail : délais d'attente importants, surcharge de travail, mesures de sécurité inefficaces, tendance à banaliser les actes de violence, manque de soutien de la part de l'institution...

C. Les éléments rassurants ou déclencheurs de la violence

1. La relation, les interactions relationnelles et les représentations sociales

Les hôpitaux sont un lieu de haut stress et induisent de nombreux facteurs qui peuvent accentuer le stress des patients, nuire à la relation et accentuer les réactions violentes.

En effet, des décisions lourdes de conséquences sont prises à leur sujet. Les patients doivent s'adapter à beaucoup d'éléments inhabituels en rupture avec leur quotidien, et leur espace intime est sans cesse envahi. Ils peuvent ressentir une souffrance physique et morale et se retrouvent en situation de dépendance, ils sont soumis à l'incertitude.

Dans la relation soignant-soigné en psychiatrie, on peut parler de l'approche systémique dans laquelle le thérapeute s'intéresse à la partie « souffrante » du patient mais s'appuie sur sa partie « saine » où se situent les compétences et les ressources, afin de mobiliser le sujet et le rendre acteur de sa résilience, concept identifiant la capacité d'un individu ayant vécu un traumatisme à mobiliser des ressources et des compétences lui permettant de « réussir vivre ». L'approche systémique a pour but de considérer le patient dans un système de relation et d'interaction au sein duquel le symptôme peut avoir un sens et une fonction, elle ne considère pas le patient uniquement dans son individualité. Dans cette approche, on va donc chercher un sens à la violence du patient psychotique.

La construction de la relation se base essentiellement sur la création d'un climat de confiance. Pour se faire, le soignant doit s'affilier au patient et à sa famille, il doit donc accepter l'organisation et le style de celle-ci et s'y fondre. Le soignant devra donc indispensablement mettre de côté ses représentations.

Le climat de confiance induit un respect des valeurs et des choix du système familial ou du patient, même si ceux-ci ne correspondent pas à ses propres valeurs. L'empathie et l'authenticité sont également des éléments clé dans la relation.

On pourra également dire que dans la relation, il est important de faire appel à « la capacité à ne pas savoir », qui permet de remettre en question la sensation du soignant de savoir ce qui est bon pour le patient, car les objectifs de celui-ci ne sont pas forcément ceux du patient, et cela peut amener à un échec thérapeutique.

La capacité à ne pas savoir permet également d'être plus alerte sur certains éléments de l'hospitalisation, certains symptômes notamment à l'aide d'outils permettant de travailler à partir des ressources du patient et ainsi s'inscrire dans des relations plus adaptées.

Le recadrage est également un élément important de la relation. D'après P. WATZLAWICK, il consiste à « changer le point de vue perceptuel, conceptuel et/ou émotionnel à travers lequel une situation donnée est perçue qui s'adapte aussi bien et même mieux aux « faits » concrets de la situation et qui va en changer le sens » [5, p.47] Il va donc permettre d'avoir une autre lecture et une autre représentation de la situation.

Concernant l'agressivité du patient dans la relation soignant-soigné, il est important pour le soignant d'avoir le recul nécessaire pour comprendre que celle-ci est une réponse à l'angoisse, à la maladie et au sentiment d'impuissance et de faiblesse qui l'accompagnent. L'agressivité du patient ne doit pas être perçue par le soignant comme lui étant destinée personnellement. Le soignant doit pouvoir identifier l'agressivité défensive du patient et favoriser la mise en mots de ce qui sous-tend celle-ci.

Denise JODELET dit :

« Les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres qui, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensée. » [6, p 32]

Les représentations sociales peuvent influencer sur la façon de voir les choses, les personnes, leur façon d'être ou de faire. C'est pourquoi elles peuvent influencer notre façon d'être et de réagir.

Dans notre sujet, les interactions sociales sont très présentes. Effectivement comme le dit Alexandra STENGEL: « plus de 40 ans après la circulaire organisant le secteur psychiatrique, la psychiatrie semble conserver une image péjorative auprès des soignants exerçant en services de soins généraux. » [7, p ?] Il est difficile pour les soignants de ne pas se reposer sur les représentations que tout le monde peut avoir sur la psychiatrie. En effet, celle-ci est souvent vue comme dangereuse. L'HAS a publié une audition publique sur la dangerosité en psychiatrie avec des recommandations de la commission [Annexe 2]. Il a été dit que

« La psychiatrie n'est légitime que dans une perspective de soin et dans le respect des libertés. Toute confusion, tout excès dans l'interprétation de la dangerosité potentielle des malades, toute psychiatrisation abusive des conduites dangereuses seraient des régressions majeures tant sur le plan éthique que politique ».

2. La communication

La communication est définie par le dictionnaire Larousse comme « une action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse » [8, p.1].

Cette définition s'applique pour toutes les personnes, cependant le patient psychotique peut avoir une communication qui peut être différente des autres personnes. Car comme nous avons pu le voir, le patient psychotique n'est pas dans la même réalité que nous et peut tenir des propos incohérents.

Un psychologue, psychothérapeute et sociologue américain, Paul Watzlawick parle de la communication des patients psychotiques,

« Ces malades font comme s'ils s'efforçaient de dénier qu'ils communiquent, et se trouvent ensuite dans l'obligation de dénier aussi que leur dénégation elle-

même puisse être une communication. Mais il est possible également que le malade paraisse « vouloir » communiquer sans accepter toutefois l'engagement inhérent à toute communication ». [⁹, p.72]

On peut donc voir grâce à ces propos que le patient qui souffre de psychose a une communication particulière qui peut être différente de la nôtre. Elle peut être indirecte et le déni fait partie intégrante de leur communication. Le soignant doit donc adopter ce genre de communication pour pouvoir entrer en contact avec le patient psychotique et établir une relation de confiance avec celui-ci.

Il existe deux types de communication, tout d'abord il y a la communication verbale et ensuite la communication non verbale.

a. La communication verbale

La communication verbale se définit par la parole, le langage. Les personnes expriment leurs ressentis par des mots. Cette communication peut être active ou passive. Le sujet qui parle communique activement et le sujet qui écoute communique passivement. Le soignant doit communiquer des deux manières avec le patient pour être sûr de bien comprendre les souhaits du patient. Encore une fois, il faut être sûr de bien comprendre les propos de la personne en face de nous. Il faut tenir compte de la pathologie du patient pour bien comprendre ce qu'il désire ou bien comprendre le message qu'il veut nous faire passer. Nous avons vu que le patient psychotique peut tenir des propos incohérents donc il faut en tenir compte. Certaines psychoses engendrent un sentiment de persécution chez le psychotique et tout peut être sujet à interprétation. Il est donc important d'être attentif à ce que le soignant peut dire car le patient pourrait mal interpréter et cela pourrait avoir des répercussions dans la relation soignant-soigné.

b. La communication non-verbale

La communication non verbale est une sorte de communication qui est peu perçue mais qui est très importante. En effet, la communication lorsqu'elle est non verbale se fait principalement par le toucher, le regard, la posture... Il est important d'y être attentif car parfois c'est par ce genre de communication que les personnes se livrent le plus. Jean Nizet disait « qu'un individu le veuille ou non, son corps, en présence d'autrui, ne peut pas ne pas communiquer ». [¹⁰, p.43]

Une personne même si elle ne parle pas, communique quand même. C'est pour cela qu'il faut être vigilant face au patient qui ne communique pas par le langage et analyser son comportement. Le fait que le patient se mette en retrait par rapport aux autres, qu'il fasse telle

ou telle chose, qu'il se tienne de telle ou telle manière, peut montrer quelque chose sur le patient. Il faut également faire attention à bien percevoir le message reçu. Cette communication est plus délicate que la précédente car elle peut être sujette à de mauvaises interprétations et ceci peut engendrer une altération de la relation avec le patient

3. L'environnement

D'après le dictionnaire Larousse, l'environnement se définit par « un ensemble des éléments (biotique ou abiotique) qui entourent un individu ou une espèce et dont certains contribuent directement à subvenir à ses besoins » mais également par « un ensemble des éléments objectifs (qualité de l'air, bruit, etc...) et subjectifs (beauté d'un paysage, qualité d'un site) constituant le cadre de vie d'un individu. L'atmosphère, ambiance, climat dans lequel on se retrouve ; contexte psychologique, social. »

Dans le cadre de la psychiatrie, si l'on reprend en partie la définition de la psychose, « [...] une structure psychologique dont l'élément essentiel est un trouble de l'identité c'est-à-dire une perturbation dans la prise de conscience de soi d'où il découle un flou plus ou moins important dans la saisie des limites entre [...], sa propre réalité et celle de l'extérieur, un manque dans le sens de la réalité » [1, p.68] on se rend compte que l'environnement qui entoure un patient psychotique peut être source de déstabilisation, de peur, d'angoisse, d'assurance, de soutien etc... C'est pourquoi il est important de prendre en compte cet élément dans la prise en charge psychiatrique.

D.W. Winnicott parlait de différents environnements. Par exemple, l'environnement étayant entre un enfant et sa maman serait la capacité d'une mère à apaiser, reconforter, diminuer la tension ressentie par son enfant en lui transmettant un sentiment de valeur par ses gestes, son regard, ses mots... Dans le monde de la psychiatrie, cet environnement peut être utilisé afin de rassurer et de donner un sentiment de sécurité au patient. Le soignant va soutenir le patient par des gestes, des mots... D.W. Winnicott défendait également l'environnement facilitant comme un milieu favorisant un développement de l'estime de soi, d'affirmation et d'ambition chez l'enfant. Il est donc possible de transférer cet environnement en psychiatrie afin d'aider les patients à s'affirmer en tant que personne, et affirmer ses choix.

Dans le cas de notre sujet, un environnement instable, sans repère fixe, nouveau, oppressant, déstabilisant, peut avoir un impact direct sur les réactions violentes des patients. En effet si le patient se retrouve dans une situation défavorable pour lui, s'il sent qu'il perd le contrôle de la situation et qu'il se retrouve en échec, qu'il se sent vulnérable, la violence sera pour lui un moyen comme un autre de reprendre le dessus et de répondre à ce qui l'entoure. D'après JEAMMET Philippe, « Il va s'agir d'aider ce sujet à se donner les outils d'ordre psychologiques

et biologiques susceptibles de l'aider à lever le poids de ses contraintes et à lui redonner ce qui fait le propre de l'être humain : un minimum de capacités de choix, donc un minimum de liberté. Ces outils ne sauraient dépendre de nos préférences individuelles, ni de nos choix idéologiques, mais ils doivent être proposés au patient en fonction de ce que l'on connaît de leur pouvoir libérateur, et donc thérapeutique, et à la "limite à l'essai" en fonction des effets qu'ils auront sur lui. » [11, p1]

III. L'AVIS DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUR LE TERRAIN

A. Les déterminants sociaux

Pour notre Travail de Fin d'Etude, nous sommes allées à la rencontre de plusieurs professionnels de santé sur le terrain. Nous avons donc réalisé des entretiens avec deux infirmiers et une aide-soignante qui sont actuellement dans des services de psychiatrie. Tout d'abord en lien avec notre sujet, les services d'admission, nous sommes allées questionner une infirmière de 29 ans, diplômée de la formation infirmière depuis 2009, dans un service d'admission d'un Centre Hospitalier Spécialisé. Son parcours professionnel s'est construit en psychiatrie, en commençant par un pavillon de patients chroniques et en continuant à présent, en temps plein, dans un service d'admission. Puis, nous avons réalisé un entretien avec une aide-soignante de 52 ans, diplômée du certificat d'aptitude à la formation aide-soignante, dans un autre service d'admission d'un Centre Hospitalier Spécialisé. Au cours de ses 36 ans d'expérience, elle a travaillé dans des pavillons de patients psychotiques chroniques, puis dans des maisons de retraite psychiatriques et désormais elle est dans un service d'admission de patients psychotiques. Enfin nous avons élargi nos recherches en interrogeant un infirmier d'environ 50 ans, diplômé depuis 1991, dans un service d'Urgences Psychiatrique. Au cours de sa carrière, il a pu travailler dans des services de soins somatiques tels que l'hématologie, l'hépatologie... puis il a fait quelques années dans un service de psychiatrie, ensuite il a eu une expérience en tant qu'infirmier libéral pendant un an et pour finir cela fait 8 ans qu'il travaille à temps plein dans un service d'Urgences psychiatrique.

B. Le patient psychotique

Lors de ses entretiens nous nous sommes intéressées à ce qui déterminait la psychose et le patient psychotique pour chacun des professionnels. Ce qui revient à chaque réponse, c'est que la psychose est une maladie psychiatrique qui se caractérise par des délires actifs ou passifs et dont le patient n'est pas conscient, il n'est pas dans la même réalité que les autres personnes. Il existe plusieurs formes de psychoses, la plus connue étant la schizophrénie. Nous pouvons tirer de ces entretiens que pour le patient psychotique, il est difficile d'avoir une vie sociale et ou sociable car il a des comportements sociaux différents, donc le contact est compliqué pour lui. Ce patient peut alors être violent car à cause de la maladie et des délires, il peut se sentir en danger face aux autres personnes. C'est pourquoi les patients psychotiques ont besoin de repères et d'un cadre, afin de les rassurer ou pour maintenir leur autonomie. Ces patients ne supportent pas le refus, la frustration ou l'indifférence, et ils interprètent beaucoup avec leur propre perception de la réalité et leur propre sensibilité, c'est pour cela qu'ils peuvent avoir des comportements inappropriés aux situations. Les patients psychotiques sont sensibles à ce que peuvent dégager les soignants.

C. La violence

Lors des entretiens que nous avons réalisés, nous avons pu constater d'après les professionnels interrogés qu'il existe des violences physiques mais également verbales, qui restent les plus courantes. Ces violences peuvent se traduire par une hétéro-agressivité (envers les autres patients, les soignants...) mais également par une auto-agressivité du patient (mutilations, scarifications, refus d'alimentation, ingestion de produits toxiques...). La violence entre patients peut également se retourner contre le soignant, lorsque celui-ci intervient, par exemple.

Nous avons pu retirer de ces entretiens que l'agressivité, la violence, peuvent apparaître en réponse à une angoisse, une frustration, une contrariété ou une intolérance. Chez le patient psychotique, le risque zéro de violence n'existe pas, même si il est plus ou moins important selon les patients rencontrés.

D. La réactivité soignante

Lors de nos entretiens et de nos recherches, nous avons pu constater que le soignant a une part très importante dans la prise en charge de la violence. Chaque professionnel est différent donc peut réagir de manière différente face à une situation délicate telle qu'une situation de violence. Par exemple, lorsqu'un patient insulte un soignant, celui-ci peut le prendre pour lui alors que d'autres vont passer au-dessus et se dire que le patient n'est pas énervé contre lui particulièrement mais contre l'institution ou contre les « blouses-blanches ». En effet, les aides-soignants et infirmiers sont les premiers à être en contact avec le patient et ils passent une majeure partie de leur temps de travail avec eux, ils sont donc plus sujets à recevoir des insultes, les critiques et les mécontentements des patients. Les infirmiers interviewés disent qu'il faut prendre du recul par rapport à cela et bien avoir à l'esprit que le patient n'en veut peut être pas à une personne en particulier, et que ce n'est pas contre le soignant lui-même et de ce qu'il est mais contre le soignant infirmier.

Cependant, la personnalité du soignant peut influencer les réactions, certaines personnes sont plus toniques alors que d'autres vont être plus apaisants. Donc un patient peut être plus calme dans une situation délicate lorsqu'il a à faire à une personne apaisante en face de lui et peut « monter plus vite en tension », si l'on peut dire, lorsqu'en face de lui se trouve une personne plus tonique. Ou inversement, certains patients face à une personne plus énergique ou ayant un plus fort tempérament, vont être plus ou moins violents car ils ont plus de craintes de répercussions, et vont être plus agressifs avec une personne apaisante car ils vont avoir moins peur.

Une infirmière a précisé dans un entretien que les patients étaient plus souvent agressifs envers les infirmiers ou aides-soignants qu'envers les médecins car le médecin les voit moins longtemps et que la violence envers les médecins était moins bien tolérée que la violence envers les infirmiers et les patients savent qu'en étant violent avec un médecin, le risque de répercussions est plus élevé.

Concernant les stagiaires, certains patients les voient comme « débutants » donc vont les prendre moins au sérieux qu'un professionnel diplômé. Ils vont donc se permettre plus de choses avec le stagiaire qu'avec le professionnel. Il peut arriver également, que le patient n'aime pas telle ou telle personne dans l'équipe soignante, ce qui est légitime. Dans la mesure du possible, en rapport avec l'effectif et le travail, la personne concernée ne s'occupe pas de ce patient pour éviter que le patient s'énerve, puisqu'il est plus irritable avec le soignant en question.

Concernant le comportement du soignant, toutes les personnes interviewées et les recherches effectuées concordent. Face à une situation de violence, le soignant doit rester calme, se montrer le plus apaisant possible même si cela n'est pas toujours évident, essayer de ne pas monter le ton, comme une infirmière le disait « les cris emmènent les cris », il faut parler doucement, comprendre pourquoi le patient réagit comme cela, tenter d'ouvrir un dialogue car la communication est importante et souvent les patients se calment lorsque nous prenons le temps de discuter avec eux pour comprendre leur mal-être, garder une neutralité, montrer au patient que nous ne sommes pas dans le jugement, montrer que nous lui portons de l'intérêt, faire attention à l'image que l'on renvoie. Lors des situations de violence, un infirmier disait qu'il était important de ne pas montrer sa peur et de garder son sang-froid, de montrer que nous « gérons » la situation. Il disait également que le chantage marchait bien, par exemple les priver de sorties, de ce qu'ils aiment... cependant tous les soignants ne sont pas de cet avis. Le fait de bien connaître le patient est aussi avantageux car il est plus simple d'anticiper les réactions violentes de sa part et donc de mettre en place des moyens permettant d'éviter les tensions et la violence.

Plusieurs moyens sont mis en œuvre dans les services pour gérer au mieux les situations de violence et protéger les soignants et les patients.

Il existe des boutons d'alarme, un service de sécurité que les professionnels peuvent appeler dès qu'une situation dégénère et ainsi améliorer la prise en charge. Souvent, le patient agressif va se calmer de lui-même lorsqu'il va voir le nombre de soignants autour de lui. Tous les professionnels explicitent bien le fait qu'il est important de ne pas aller seul vers un patient agressif.

Dans les métiers de la santé, la cohésion d'équipe est très importante, et peut être même plus dans un service de psychiatrie que dans un autre service. En effet, il est important que tous les professionnels travaillent dans le même sens.

Pour qu'un patient psychotique soit stable, il ne faut pas qu'un infirmier lui accepte quelque

chose qu'un autre refuserait. Il existe des protocoles dans les services, auxquels les soignants peuvent se référer pour prendre en charge le patient et ceux-ci permettent une prise en charge à peu près identique. Il y a par exemple le protocole de la chambre d'isolement.

E. Les propositions

Selon les professionnels soignants interrogés, les réactions violentes peuvent en effet être anticipées par exemple en connaissant le patient, sa personnalité, ses habitudes avant son arrivée. L'observation, l'écoute et le dialogue restent en effet des armes importantes pour prévenir tout acte de violence. Les soignants invitent à limiter les stimulations de la violence comme par exemple le téléphone lorsque le patient « monte ». Il est également essentiel de veiller à une ambiance de service calme et ne pas hésiter à isoler le patient agressif en chambre d'isolement. Des ateliers thérapeutiques sont mis en place pour prendre en charge la violence : des sorties dans le parc ou à l'extérieur, tennis de table, atelier cuisine, balnéothérapie, salle de sport... Des projets de vie afin de cerner chaque patient peuvent être mis en place pour leur proposer des activités adaptées.

F. Les formations

Sur le terrain, des formations pour apprendre à gérer la violence et l'agressivité des patients sont proposées aux soignants. Cela permet une remise à jour de sa pratique professionnelle ainsi qu'une nouvelle approche dans sa relation avec un patient agressif. Or, ces formations qui semblent importantes à la prise en charge de la violence ne sont pourtant pas toutes obligatoires et ne font pas parti d'un projet de service. Certaines se font sur demande des soignants en fonction de leurs besoins et attentes alors que certaines sont en effet obligatoires.

CONCLUSION

Grâce à ce Travail de Fin d'Année d'Etude, nous avons pu nous rendre compte du système mis en place autour de la violence en psychiatrie. D'après les témoignages des différents intervenants de soins : infirmiers, aide-soignante, nous avons pu confronter ces résultats à nos recherches effectuées au préalable. Nous nous sommes alors aperçu que la théorie concorde avec la réalité du terrain.

De nos jours, la violence dans les soins reste encore forte et d'autant plus en secteurs psychiatriques où les patients atteints de psychoses n'ont pas conscience de leur état de santé mentale. Leur pathologie a en effet une grande part de responsabilité lors de situations agressives voire violentes. Ce qui met en lumière le caractère primordial de la relation de soin en psychiatrie. Les professionnels de santé doivent en effet développer des capacités d'empathie, d'écoute, d'observation et d'analyse afin de maintenir autant que possible une relation soignant/soigné de qualité pour prodiguer au patient des soins appropriés.

Tout au long de notre analyse, nous avons pu découvrir que le concept de violence reste propre à chacun. En effet, tous les soignants ont leur propre vision, leur propre façon d'aborder une situation à risque, mais aussi leur propre manière de la gérer en fonction de leur émotivité. De par son expérience, son vécu et sa personnalité le soignant ne réagira pas de la même façon qu'un autre soignant et son comportement peut influencer sur l'attitude agressive du patient. Ces différences modifieront ou non la relation de soin en cours. C'est pourquoi la cohésion d'équipe comme certains professionnels ont pu le souligner est très importante.

Dans ces services psychiatriques, des moyens sont mis à disposition des soignants pour pouvoir adopter la meilleure attitude face à un patient agressif et pallier à cette violence croissante. Ces violences ont des répercussions sur le patient mais aussi sur les soignants qui peuvent voir leur pratique professionnelle se dégrader et leurs capacités physique et mentale s'épuiser.

PROBLEMATIQUE

La question de départ est : **En quoi les interactions relationnelles, les représentations, les comportements du soignant infirmier peuvent-ils influencer sur une expression violente du patient psychotique en service d'admission ?**

Suite à l'analyse et à la confrontation entre les recherches théoriques et les entretiens réalisés, nous avons discerné plusieurs points :

- ⇒ La violence est en effet présente en psychiatrie et ne cesse d'augmenter.
- ⇒ L'expérience, la personnalité ainsi que les représentations du soignant sur la psychiatrie et la psychose influencent ses réactions lors de la prise en charge d'un patient agressif.
- ⇒ Une mauvaise cohésion d'équipe due à des tensions internes ou à des discours divergents des soignants face aux patients peut être un élément déclencheur de violence. En effet cette mauvaise cohésion peut induire un climat sous tension où les patients confinés entre eux ou non cadrés seront plus susceptibles d'être agressifs.
- ⇒ Une relation de soin perturbée par exemple sans relation de confiance ni d'écoute dans la relation soignant/soigné peut provoquer une insécurité chez un patient. Celui-ci ne se sentira pas entendu par l'équipe ce qui peut être facteur de violence.

Après plusieurs réflexions, nous nous sommes demandé : **En quoi l'environnement hospitalier peut-il être engendrer une expression violente de la part d'un patient envers lui-même ou autrui ?**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ONVS. Observatoire National des Violences en milieu de Santé. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/bilan-2012-de-l-observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs.html>. (Consulté le 17/05/2015)

CAMH. Centre for Addiction and Mental Health [en ligne]. Disponible sur : http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/psychosis/first_episode_psychosis_information_guide/Pages/fep_symptoms.aspx. (Consulté le 17/05/2015)

CAMH. Centre for Addiction and Mental Health [en ligne]. Disponible sur : http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/psychosis/first_episode_psychosis_information_guide/Pages/fep_causes.aspx. (Consulté le 17/05/2015)

¹ HANUS Michel et LOUIS Olivier. Psychiatrie de l'étudiant. Edition MALOINE, 2003, 435p.

PAILLARD Frank. Modules de psychiatrie [En ligne]. Disponible sur : http://frankpaillard.chez-alice.fr/infirmier_psychiatrie_psychoses.htm (Consulté le 17/05/2015)

² OMS. Organisation Mondiale de la Santé [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/violence/fr/> (Consulté le 17/05/2015)

³ PERRONO Céline. La contention physique contre la violence en psychiatrie. Thèse. Présentée et soutenue publiquement le 22 mai 1998, 143p.

⁴ Florent VUENAT. Soins aides-soignantes. Faire face à la violence et aux troubles du comportement en psychiatrie. Aout 2011, n°41.

MORASZ Laurent. Santé mentale. La violence en psychiatrie, Novembre 2013, n°82, 50p.

ARH. Agences Régionales de l'Hospitalisation [en ligne]. Disponible sur : [http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/doc.nsf/VDoc/A72072DD2F0B64FAC12575E400559089/\\$FILE/D%C3%A9pliant%20violence%20%C3%A0%20declarer%20-%20derniere%20version.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/doc.nsf/VDoc/A72072DD2F0B64FAC12575E400559089/$FILE/D%C3%A9pliant%20violence%20%C3%A0%20declarer%20-%20derniere%20version.pdf) (Consulté le 17/05/2015)

⁵ CABIE Marie-Christine, VASSEUR Annie. La relation de confiance fondement de la résilience. Recherches en soins infirmiers, septembre 2005, n°82, 100p.

DARGENT Fanny. Psychologie, sociologie, anthropologie UE 1.1. Elsevier-Masson, 07 mars 2012, 96p

⁶JODELET Denise. Représentations sociales : Un domaine en expansion. Paris : Les Représentations sociales, 1989, 365p

⁷ STENGEL Alexandra. Une étude des représentations des troubles psychiques. Soins psychiatrique, janvier 2010, n°266

⁸ LAROUSSE. Dictionnaire de français [En ligne]. Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication> (Consulté le 17/05/2015)

⁹ WATZLAWICK, P et al. Une logique de la communication. Paris : Editions du seuil, 1972, 280p.

¹⁰ NIZET Jean, RIGAUX Natalie. La sociologie d'Erving Goffman. Paris : la découverte, 2005, 121p.

¹¹ JEAMMET Philippe. Le gène, l'environnement et la psychiatrie. Le Carnet PSY, Août 2003, n° 85, 44p.

Dictionnaire en psychiatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2014, 326p.

MONCEAU Madeleine. Soigner en psychiatrie. Entre violence et vulnérabilité. Gaëtan MORIN éditeur, 1999, 179p.

PALAZZOLO Jérôme. Guide de l'urgence psychiatrique. Med-line éditions, 2009, 160p.

COTTEREAU Marie-José. Soins infirmiers aux personnes atteintes de troubles psychiatriques II. Prise en charge et diagnostics infirmiers. Coll. Nouveaux cahiers de l'infirmière. Ed. MASSON, décembre 2007, 148p.

Le souci de sécurité en psychiatrie, un droit des patients un droits des soignants, un droits des citoyens. Edition ORBESTIER, 2005, 237p.

PERRONO Céline. La contention physique contre la violence en psychiatrie. Thèse Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Besançon : Faculté de Médecine et de Pharmacie, 1998, 143p.

Jean-Luc DUBREUCQ. Prévenir la violence en psychiatrie. Santé mentale, Février 2012, n°165, 61p

Objectifs soins et management. La mixité des équipes de soins en psychiatrie et la sécurité des personnes. Mars 2014, n°224, 50p

HAS. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf (Consulté le 20/05/2015)

ARH. Agences Régionales de l'Hospitalisation [en ligne]. Disponible sur : [http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/doc.nsf/VDoc/A72072DD2F0B64FAC12575E400559089/\\$FILE/D%C3%A9pliant%20violence%20%C3%A0%20declarer%20-%20derniere%20version.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/doc.nsf/VDoc/A72072DD2F0B64FAC12575E400559089/$FILE/D%C3%A9pliant%20violence%20%C3%A0%20declarer%20-%20derniere%20version.pdf) (Consulté le 17/05/2015)

ANNEXE 1

Les quatre niveaux de gravités d'incidents violents

Niveaux de gravité	Quelle violence ?
Niveau 1	injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), chahuts, occupation de locaux, nuisances, salissures, exhibition sexuelle
Niveau 2	menaces d'atteinte à l'intégrité physique, atteintes aux biens, menaces de mort, port d'armes (découverte lors d'un inventaire ou remise spontanée), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées (alcool) Niveau de gravité
Niveau 3	violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, bousculades, crachats, coups, agressions sexuelles, automutilations), menaces avec armes par nature ou par destination (arme à feu, arme blanche, scalpels, tout autre objet dangereux...)
Niveau 4	violences avec armes par nature ou destination, tout autre fait qualifié de crime (meurtre, viol, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente)

ARH. Agences Régionales de l'Hospitalisation [en ligne]. Disponible sur :

[http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/doc.nsf/VDoc/A72072DD2F0B64FAC12575E400559089/\\$FILE/D%C3%A9pliant%20violence%20%C3%A0%20declarer%20-%20derniere%20version.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/bno/doc.nsf/VDoc/A72072DD2F0B64FAC12575E400559089/$FILE/D%C3%A9pliant%20violence%20%C3%A0%20declarer%20-%20derniere%20version.pdf) (Consulté le 17/05/2015)

ANNEXE 2

Recommandations de la Haute Autorité de Santé

Audition publique – Recommandations de la commission d’audition Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l’humeur HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / Mars 2011 6

Recommandation n° 1. Il convient de savoir et faire savoir auprès des professionnels, des décideurs politiques et de la population que les comportements de violence grave sont exceptionnels chez les personnes souffrant de troubles mentaux et qu’elles en sont plus souvent les victimes principales.

Recommandation n° 2. Pour respecter la dignité des personnes en ne les réduisant pas à leur maladie, il convient de bannir dans les médias et la communication au sens large les termes de « schizophrène », de « malade mental dangereux », de « récurrence », d’« évitement », etc. pour leur préférer les termes « personne souffrant de troubles schizophréniques », « moment de violence au cours d’une maladie mentale », « rechute », « sortie sans autorisation », etc.

Recommandation n° 3. Bien que des facteurs de risque de violence aient été identifiés, aucun n’est absolu. La présence de facteurs de risque ne doit pas faire perdre de vue que la violence s’inscrit dans l’histoire évolutive des troubles cliniques de la personne entre des périodes critiques et des périodes de stabilisation.

ANNEXE 3**Trame d'entretien TFE (Violence et/en psychiatrie)**1) Déterminants sociaux : (âge, sexe, exercice à temps plein, temps partiel)

- Quelles études avez-vous suivies ? Quels diplômes avez-vous obtenus ?
- Dans quels services avez-vous exercés ? Quelle est votre expérience dans le métier ?
- Quelle est la spécificité de votre service ? (admission, en ce moment quels types de patients ?)

2) Patient psychotique :

- Qu'est-ce, pour vous, le/un patient psychotique ?
- Comment pouvez-vous qualifier une réaction violente ?
- Avez-vous des exemples de comportements ou de situations fréquemment rencontrés ?
- Par quoi sont-elles majorées ? Y-a-t-il un lien de cause à effet ? Avez-vous l'impression que l'aspect soudain reste incompréhensible et non prévisible ?

3) Réactivité du soignant :

- Pensez-vous que selon votre comportement, une réaction violente de la part d'un patient peut-elle être engendrée ?
 - *Cela peut-il dépendre de votre statut de professionnel face au patient ?*
 - *Est-ce que vous pensez que votre personnalité peut jouer dans la prise en charge de cet acte de violence ?*
 - *Quelles autres influences peuvent interagir ?*
- Quel comportement a été adopté dans certaines situations de violence que vous avez rencontrées ?
- Les réactions violentes sont-elles différentes d'un patient psychotique à un autre patient ?
- Existe-t-il un risque de violence potentielle chez un patient qui n'a jamais eu ce genre de comportement auparavant ?
- Est-ce que la violence entre patients peut se retourner contre le/les soignants ?

4) Propositions :

- Peut-on anticiper ces réactions violentes ?
- Des ateliers thérapeutiques sont-ils mis en place pour prendre en charge la violence ?

- Peut-on avoir du renfort lorsqu'une situation de violence se passe ?
A n'importe quel moment de la journée ou de la nuit ?...

5) Formation :

- Avez-vous eu des formations sur la prise en charge de la violence ? ...
Est-ce une aide ? Est-ce une attente ? Quel type de formation ? Etait-ce un projet de service ?

6) Question supplémentaire :

- Auriez-vous à rajouter d'autres éléments ?

Remerciements

ANNEXE 4

Grille d'analyse des entretiens

	Entretien UP	Entretien service d'admission Novillars	Entretien service d'admission Saint- Ylie
Déterminants sociaux	<p>Homme 50 ans, temps plein</p> <p>Formation infirmière, soins somatiques, puis un peu de psychiatrie en unité d'admission, libéral, puis UP</p> <p>Spécificité du service : accueil et orientation</p>	<p>Femme, 29 ans, diplômée depuis 2009, temps plein</p> <p>Formation infirmière, psychiatrie uniquement, pavillons patients chroniques puis pavillon d'admission</p> <p>Spécificité du service : admission</p>	<p>Femme, 52 ans, certificat d'aptitude à la formation aide-soignante, temps plein, 36 ans d'expérience</p> <p>Pavillons patients psychotiques chroniques, maisons de retraite psychiatriques, service d'admission patients psychotiques</p>
Patient psychotique	<p>Patient qui a une maladie psychiatrique grave, cela se définit par le fait qu'il n'est pas conscient des troubles</p> <p>C'est compliqué pour eux d'avoir une vie sociale</p> <p>Le contact est difficile, peur de l'autre</p>	<p>Patient schizophrène</p> <p>Patient qui n'est pas dans la même réalité que nous</p> <p>Délires actifs ou passifs</p> <p>Comportements sociaux différents</p> <p>Patient en crise</p> <p>Patient se calme quand il a plusieurs personnes en face de lui</p> <p>Beaucoup d'interprétation</p> <p>Pas les mêmes limites</p>	<p>Pathologie dont le patient n'est pas conscient</p> <p>Diverses psychoses (exemple la schizophrénie)</p> <p>Patient qui a besoin de repères et d'un cadre pour les rassurer ou pour maintenir leur autonomie</p> <p>Ne supporte pas le refus, l'indifférence ou la frustration</p> <p>Interprète avec sa propre perception et sensibilité</p> <p>Patient sensible à ce que dégagent les soignants</p>

			<p>Ressentent les failles et manipulateurs</p> <p>Violent à cause de la maladie, d'un délire par exemple</p> <p>Se sent en danger</p>
Violence	<p>C'est un débordement, une crise</p> <p>Etat de décompensation</p> <p>Cela peut venir d'une angoisse, d'une contrariété, frustration, d'une interprétation...</p> <p>Les causes d'agression ou d'agressivité peuvent-être multiples</p> <p>Le comportement le plus fréquent c'est la fuite</p> <p>Lorsqu'on rentre dans leur sphère</p> <p>Pas toujours physique, elle peut être verbale, auto-agressivité...</p> <p>On connaît les patients qui peuvent être violent, donc il y a toujours un risque mais qui est moindre...</p>	<p>Violence physique ou verbale</p> <p>Violence verbale arrive plus souvent que la violence physique</p> <p>Violence du patient envers lui-même</p> <p>Situation fréquemment rencontrée : patient en chambre d'isolement qui veut sortir, qui force le passage, patient qui ne veut pas prendre ses médicaments</p> <p>Rarement prévisible,</p> <p>Du souvent à la frustration et l'intolérance</p> <p>Homme plus réticent à taper sur une femme</p> <p>Deux types : patient qui ne se rend pas compte et patient qui sait et veut taper sur les soignants</p>	<p>Agressivité verbale et physique envers les autres patients, les soignants ou la famille</p> <p>Des mutilations, scarifications, se manger les doigts, se frapper la tête contre les murs, refus de s'alimenter, se goinfrer, avaler des produits toxiques, des excréments...</p> <p>Réaction violente différente pour chaque patient</p> <p>Risque zéro de violence n'existe pas même chez un patient qui ne l'a jamais été</p> <p>La violence entre patients peut se retourner contre les soignants</p>
Réactivité du soignant	<p>La distance est importante</p> <p>Pas de comportement spécifique à avoir</p> <p>Bienveillance</p>	<p>Certains professionnels considèrent que les insultes leurs sont directement et d'autres disent qu'ils ne sont pas en colère contre eux personnellement</p>	<p>Doit rester méfiant</p> <p>Ne jamais tourner le dos au patient</p> <p>Favoriser les moments d'écoute, de dialogue</p>

	<p>Ne pas être dans la contre agressivité, ne pas être dans un schéma agressif</p> <p>Appel au plus de monde possible avec des boutons d'alarmes, avec un service de sécurité</p> <p>Le nombre généralement ça apaise</p> <p>Il vaut mieux être beaucoup plus et jamais seul</p> <p>Garder une neutralité, une stabilité</p> <p>Dominant/dominé</p> <p>Apaiser naturellement les choses ou aller en chambre d'isolement</p> <p>Normalement notre statut ne doit pas déclencher de crises, mais il y a des jours ou on encaisse mieux que d'autre</p>	<p>mais contre le personnel ou l'établissement en général</p> <p>Violence physique claire pour tout le monde</p> <p>Comportement : rester calme, être apaisant, ne pas monter le ton, parler doucement</p> <p>Ne pas aller seul vers un patient agressif</p> <p>Renfort si besoin / bip d'urgence</p> <p>Anticiper la réaction violente</p> <p>Patient plus agressif envers infirmiers et aide soignants qu'envers les médecins violence moins tolérée par un médecin</p> <p>Stagiaire moins pris au sérieux par les patients, donc étudiants en retrait</p> <p>La personnalité du soignant joue beaucoup, certains vont être plus toniques et d'autres apaisants</p> <p>Éviter les contacts avec les patients tendus ou qui nous prennent en grippe</p> <p>Connaître le patient, s'adapter à lui</p>	<p>Montrer de l'intérêt envers le patient</p> <p>Poser un cadre en équipe</p> <p>Attention à l'image du soignant renvoyée au patient, la tenue physique ou comportementale</p> <p>Eviter l'intimité avec le patient</p> <p>Ne pas montrer sa peur, garder son sang froid</p> <p>Rester ferme</p> <p>Ecarter les dangers matériels</p> <p>Isoler le patient si nécessaire</p> <p>Faire du chantage (priver de sortie, de ce qu'il aime, d'argent...)</p> <p>Appeler le médecin, ou dans les autres services</p> <p>Renfort si besoin : PTI (Protection pour Travailleur Isolé) jour et nuit-là en 10 minutes</p> <p>Ne pas se confronter seul physiquement face au patient, ne pas monter la pression</p> <p>Ne pas engendrer la violence par la violence</p>
--	--	---	--

		<p>Importance de la cohésion d'équipe</p> <p>Protocoles</p>	<p>Etre patient, compréhensif, à l'écoute, observé</p> <p>Avoir des qualités humaines</p> <p>Importance de l'esprit d'équipe : parler des réactions violentes des patients en équipe</p>
Propositions	<p>Lorsqu'on connaît les patients, on peut anticiper avant leur arrivée</p>	<p>Sortie cigarette</p> <p>Sortie dans le parc</p> <p>Tennis de table</p> <p>Sortie programmée quand patient en chambre d'isolement et si cela se passe bien, le temps et la fréquence augmente</p> <p>Baignoire de balnéothérapie</p> <p>Temps de parole</p> <p>Chambre d'isolement</p> <p>Limiter les stimulations comme enlever le téléphone</p> <p>Salle de sport</p>	<p>La violence peut être anticipée : avec l'observation, l'écoute des patients, le dialogue</p> <p>Attention à l'ambiance du service, détourner les situations à risque par l'humour, détacher le patient de l'environnement</p> <p>Respecter chaque patient</p> <p>Inclure la famille dans le projet de soin pour les repères du patient</p> <p>Ateliers thérapeutiques : sorties extra ou intra, avec les familles, atelier cuisine...</p> <p>Harmoniser et alléger la vie en collectivité</p> <p>Mettre en place des projets de vie, des activités, des distractions pour calmer les patients</p> <p>Respecter les loisirs ; les goûts des patients</p>

Formation	<p>Plusieurs formations que l'on m'a proposé et que j'ai demandé, très instructifs, très intéressant</p> <p>Remise à jour</p>	<p>Gestion de la violence et de l'agressivité</p> <p>Formation sur le comportement</p> <p>Dit que c'est très utile</p> <p>Formation sur l'immobilisation</p> <p>Certaines sont obligatoires et d'autres demandées par les professionnels</p> <p>Change la manière de travailler</p>	<p>Oui, mais non obligatoire, ni un projet de service</p> <p>En fonction des besoins, des attentes, du ressenti de chacun</p>
------------------	---	---	---

La violence en service d'admission en psychiatrie est un fait que nous pouvons rencontrer en tant que professionnels de santé. Nous avons déjà rencontré de nombreuses situations de violence en périodes de stage qui nous ont fait nous questionner. Ce type de situations semble être un mélange de différents facteurs que nous avons traités dans notre sujet. Le but de ce travail qualitatif est d'analyser et comprendre en quoi cela peut influencer ces comportements. Nous avons fait beaucoup de recherches, et des interviews avec des professionnels tels que des infirmiers et aide-soignante ont été réalisés. Les outils d'investigation choisis ont été une trame d'entretien incluant des questions ouvertes posées à deux infirmiers et une aide-soignante de trois établissements différents, ainsi que beaucoup de recherches de notre part. Les résultats ont montré que la théorie concorde avec la réalité du terrain. En effet, la violence en service d'admission en psychiatrie est le résultat de différents facteurs influençant le patient, et des moyens sont mis en œuvre pour y pallier.

Pour conclure, beaucoup de moyens sont mis en œuvre pour les patients pour prévenir les réactions violentes. Malgré les recherches qui ont déjà été faites, il reste encore beaucoup à faire. Des formations obligatoires pour tous les infirmiers ou aides-soignants en services psychiatriques peuvent être mises en place.

Violence in psychiatric admission department is a fact that we can meet as healthcare professionals. We have already met several violence situations in training periods which have caused us to ask the questions. This type of situation seems to be a mixture of several factors that we dealt in our subject. The aim of this qualitative work is to analyze and understand in what it can influence this behavior. We have done much research, and interviews of professionals like nurses and caregivers were done. The selected investigative tools were interview guide including open-ended questions asked to two nurses and an auxiliary nurse from three different establishments, as well as many researches from us.

The results showed that the theory is completely in accordance with the reality of the ground. Indeed, violence in psychiatric admission department is the result of several factors influencing the patient, and ways are set up to compensate for it.

To conclude, many systems are put in place for patients to prevent violent reactions, and several formations are also given for carers to anticipate such violent outbursts. In spite of the research which has already been done, there remains much still to be done. Compulsory formations can be made for all practicing nurses or caregivers in psychiatric departments.

Mots Clés : Violence, Psychiatrie, Patients psychotiques, Représentations sociales, Communication, Environnement, Relation