



La Lettre de l'URD

No 16
Avril 2006

Editorial

Pratique de soins auprès de personnes atteintes de troubles psychiatriques

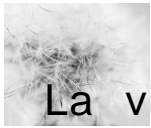
Là où la médecine moderne a contribué à séparer les domaines de spécialisation et d'intervention, l'expérience des soins infirmiers plaide en faveur des raccords, dans une perspective intégrative. L'attribution d'un statut pathologique à la folie et l'interprétation de ses manifestations en catégories nosologiques, s'est accompagnée depuis le XIXe siècle d'une transformation du paysage asilaire, d'un lieu de confinement, voire d'incarcération en lieux de soins. Médecins et personnel soignant actifs dans ces asiles d'aliénés rebaptisés institutions psychiatriques, ont acquis une spécialisation, fruit d'un travail conséquent de théorisation, accompagné d'études empiriques. Cependant, si la psychiatrie, en dépit des différents courants qui traversent sinon opposent ce champ disciplinaire, n'est pas remise en question comme formation médicale spécifique, la formation infirmière en psychiatrie pour sa part a fait l'objet d'une très sérieuse remise en question et ce depuis plus de trente ans déjà. En 1973, Rosette Poletti¹ déplorait la séparation introduite entre formation en soins généraux et formation en soins psychiatriques, y voyant un appauvrissement de l'approche infirmière par la création d'une disjonction là où il n'y a pas, du point de vue de la compréhension du soin, de séparation stricte.

L'expérience des pratiques infirmières auprès de personnes atteintes de troubles psychiatriques présente un exemple explicite du mouvement dialectique par lequel se construit le champ des soins infirmiers. La réflexion sur la pratique émane d'années d'expérience auprès de malades, d'observations et d'interactions avec des patients et des proches de patients. Par effet de réverbération, ces savoirs empiriques alimentent une pensée autonome au sujet de la pratique professionnelle comme de la santé en général. C'est notamment sur la base de ces réflexions riches de longues expériences que la profession infirmière

est habilitée à élaborer une vue holistique de la santé, où les aspects mentaux et émotionnels occupent une place égale en importance à celle accordée aux aspects somatiques, sociaux et culturels. L'observation, attentive, patiente, expérimentée, autorise l'interprétation et accorde l'habileté d'intervention à l'intérieur d'un schéma de référence où le patient occupe un statut de collaborateur actif. La relation soignante se comprend comme l'établissement d'un terrain de communication, en dépit des handicaps qui y font obstacle. Une profonde réflexion d'ordre philosophique, une compréhension de l'humain dans sa globalité et des approches multi-factorielles des relations d'aide participent à la construction des savoirs et des pratiques.

Ce numéro de la Lettre de l'URD reflète certaines des préoccupations suscitées par la confrontation des soignants à des personnes atteintes dans leurs capacités socio-cognitives ainsi qu'affectives et relationnelles. L'importance et l'utilité de verbaliser les émotions des infirmiers-ères confrontées à des actes de violence de la part de patients, sont développées dans un article proposé par une équipe de trois chercheurs et chercheuses qui ont interrogé des infirmières et des infirmiers d'une institution psychiatrique du Nord vaudois. Le compte-rendu d'un numéro récent de la revue *Soins psychiatrie* fait écho à cette problématique en examinant la notion de risque qui entoure la pratique soignante dans ce milieu de travail. Si le risque pour l'intégrité du soignant émerge comme sujet de préoccupation, il ne signifie pas pour autant évacuation des préoccupations des soignant-e-s pour la préservation de la dignité humaine des patients. Deux comptes-rendus de travaux de mémoire menés par des enseignants de notre école démontrent chacun à leur manière et avec des approches particulières, à quel point le souci de ménager un véritable humanisme dans les soins apportés à des personnes atteintes de troubles démentiels, n'est pas uniquement une posture à avoir envers autrui, le malade. Il en va aussi de la dignité envers soi-même, le-la soignant-e. Nous avons donc là des réflexions qui cherchent des moyens d'éviter l'enfermement de la relation d'aide dans un système dénué de sens, qui accentuerait la mort sociale du patient, la souffrance des proches comme la démotivation du soignant.

¹ Rosette Poletti, Aspects psychiatriques des soins infirmiers, Paris : Le Centurion, 1973.



La violence des patients en psychiatrie, quelles émotions pour les infirmiers²?

Dans le cadre d'une recherche qualitative, nous cherchons à comprendre le vécu des soignants face à des actes de violence déclenchés par des patients hospitalisés en psychiatrie. Pour ce faire, douze infirmiers du Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois (CPNVD, Yverdon-les-Bains) sont interrogés sur la base d'un guide d'entretien semi-directif.

Cherchant à mettre en évidence les perceptions de la violence, les émotions et la manière dont les soignants gèrent ces situations, il leur est demandé de relater une expérience d'acte de violence d'un patient dans laquelle ils ont été impliqués.

Dans cet article, seule la partie de la recherche liée aux émotions et sentiments vécus par les infirmiers impliqués dans des situations de violence est présentée.

En préambule, précisons que nous différencions les sentiments des émotions. Selon Le Breton (2004), le sentiment, comme la haine, l'amour, est « plus enraciné dans le temps, davantage intégré à l'organisation ordinaire de la vie, plus accessible aussi à la possibilité du discours » (p.132), alors que l'émotion, comme la peur, la joie, la colère, est « brève, explicite en termes gestuels, mimiques, posturaux, voire même de modification physiologique » (p. 132). Cependant, émotions et sentiments sont très liés et parfois difficiles à distinguer. Certains chercheurs pensent pouvoir qualifier certaines émotions de primaires et universelles. Mais « par un savoureux paradoxe, nul ne s'accorde sur le répertoire des émotions de base prétendues innées et physiologiquement descriptibles » (Le Breton, 2004, p. 237). Selon les auteurs, ces émotions primaires sont au nombre de cinq, six, huit, onze ou dix-sept ! Toutefois, cinq émotions primaires se retrouvent dans l'ensemble des répertoires. Il s'agit de la peur, la surprise, la joie, la colère et la tristesse. Nous distinguons donc, dans cet article, les émotions primaires, telles que définies ci-dessus, des sentiments.

Les émotions ne sont pas nommées spontanément.

Dans une première analyse du discours des infirmiers, le peu de place laissée aux émotions et aux sentiments est déroutant. Sollicitées pour décrire une situation de violence les impliquant, les personnes en racontent une ou plusieurs spontanément et les décrivent aisément. Elles relatent parfois des événements extrêmement violents. Mais il n'y a aucune place pour les émotions et les sentiments ; au contraire, le premier réflexe est d'expliquer l'acte de violence. Comme si le fait de trouver une explication permettait d'excuser l'acte violent, comme par exemple : « il avait des hallucinations³ », « il était super angoissé », « elle était frustrée car elle ne pouvait pas sortir ».

Sollicités pour exprimer leurs sentiments et leurs émotions face à ce vécu violent, le discours des infirmiers se modifie nettement. Ils emploient des termes comme : « c'était horrible », « c'était catastrophique », « jamais de ma vie je n'aimerais revivre ce genre de chose », « j'ai juste l'impression d'avoir traversé un cauchemar », « toutes les infirmières de mon unité pleuraient ». Comme si on « ouvrait les vannes » des émotions de ces soignants.

Quelles émotions ? quels sentiments ?

Emotions primaires

L'émotion présente dans l'ensemble des entretiens est la **peur** ; peur pour soi avant tout : « il y en a un qui m'a vraiment fait peur [...] et puis on m'avait dit qu'il avait tué une infirmière et il cherchait à m'agresser par tous les

moyens » ; mais peur également pour l'autre, son collègue : « Je me disais, s'il lui tape sur le bulbe... et ça m'a fait énormément peur » ; ou encore peur pour le patient lui-même : « il y a un patient qui a essayé de sortir par la fenêtre...c'est une des rares fois où j'ai eu peur dans ma profession ». La peur est extrême, puisqu'il s'agit là de la peur de mourir ou de voir l'autre mourir. Les mots utilisés par les infirmiers en disent long sur l'importance et la gravité de cette émotion : « j'ai eu une trouille absolument épouvantable », « ce sont des atmosphères terrifiantes », « c'est terrifiant » « quand j'ai peur, j'ai encore le sentiment de maîtriser, mais la terreur, c'est quand tu as quelque chose de presque animal ». L'angoisse, voire la terreur, apparaissent chez toutes les personnes interrogées

La deuxième émotion exprimée est la **colère**, dirigée contre le patient violent. Les soignants sont en colère contre la personne soignée, en particulier parce qu'elle leur a fait peur. La conséquence est qu'ils n'ont plus envie de s'occuper d'elle.

La **tristesse** est également citée, mais beaucoup moins fréquemment « j'étais triste et éprouvée, j'avais l'impression d'avoir un bon lien avec cette patiente ».

Comme on peut s'y attendre, les deux autres émotions primaires, la surprise et la joie ne sont pas ressenties dans des situations violentes.

Sentiments

Certains sentiments sont nommés par les infirmiers interrogés. Il s'agit, principalement de **l'humiliation** « c'était horrible, je me suis sentie la pire merde, la pire des infirmières », **la culpabilité** « la dernière fois qu'un patient m'a filé une baffa, je me suis demandée ce que j'avais fait pour qu'il en arrive là », **l'impuissance** « on peut se sentir impuissant, démuni, nul », **la frustration** et **la haine** « j'ai ressenti de la terreur et de la haine, la haine en retour ». De plus, certains soignants parlent d'un **sentiment d'usure** « c'est comme si j'avais été usée ou abîmée », « tout à coup une partie de moi se disait que je n'étais plus faite pour vivre ça » ».

Pour l'une des personnes interrogées, le sentiment découle de l'analyse de la situation « je pense qu'il n'y a pas une violence et une émotion, il y a toute une réflexion au niveau de qui est la personne, pourquoi elle manifeste de la violence, dans quelle situation, quelle est ma participation à cela... de là découle mon sentiment ». Le sentiment n'est donc pas brut, il est imprégné d'une analyse de la situation ; il est marqué par la durée et par le recul contrairement à l'émotion qui se manifeste dans un court moment ; « l'individu contribue à la définition de la situation, il ne la subit pas. Il l'interprète d'emblée ou avec du recul à travers son système de valeurs, et l'affectivité déployée en est la conséquence » (Le Breton, 2004, p.140).

Comment les émotions sont-elles gérées ?

Que font les soignants de ces émotions ? comment y font-ils face ? comment les gèrent-ils ?

Dans le discours des personnes interrogées, nous distinguons trois manières de gérer les émotions qui nous donnent l'impression d'une certaine maîtrise de la situation. Il s'agit de :

1. **Raconter la situation**, en parler encore et encore à diverses personnes, se dessine comme un élément primordial. « C'est de pouvoir parler, de pouvoir reprendre des situations vécues, de pouvoir mettre des mots dessus », « la gestion de la violence, ce n'est pas seulement la réaction immédiate, c'est aussi tout ce qui va après, les entretiens qui ont été fait avec le médecin, avec l'infirmier référent, avec la personne agressée ».
2. **Réfléchir à la situation et essayer de la comprendre**, pour faire face à la situation violente « un des moyens, c'est de réfléchir à la situation, de comprendre pourquoi il y a cette violence ».

² Le masculin comprend également le féminin .

³ Les phrases en italique et entre guillemets sont des extraits des entretiens réalisés.

3. Se positionner clairement, dire non à l'agression, dire que l'on n'est pas d'accord d'être maltraité est également cité mais paraît être plus difficile et demander du temps avant de pouvoir le faire ; plusieurs infirmiers racontent avoir laissé passer quelques jours avant de pouvoir retourner vers le patient et parler avec lui de l'agression.

Les infirmiers paraissant les plus démunis, dans la gestion des situations de violence et de leurs émotions, sont dans **la fuite, l'évitement** « *ce patient, si je le croise, je vais l'éviter, c'est sûr* » et **la banalisation** « *la violence, ça fait partie du job* », « *j'oublie. C'est bizarre... dans les minutes qui suivent, ça n'existe plus* », cette dernière attitude étant aussi relevée par Gbézo (2005) « Il existe encore dans ce secteur une tendance à la banalisation de ces accidents, car l'idée que la violence fait partie des risques du métier est très largement répandue. » (p. 27).

Ainsi donc, la violence des patients fait vivre beaucoup d'émotions aux infirmiers, parfois même plusieurs années après les événements vécus. La puissance des mots utilisés dans leur histoire nous ont beaucoup marquée. Donner du sens au passage à l'acte, le comprendre est l'une des manières de réagir à ces situations. Les émotions ressenties par les soignants font partie d'un jeu complexe ; aucune n'existe indépendamment des autres et elles se côtoient sans arrêt. Il y a les émotions dues à l'agression (peur, par exemple), mais également celles dues à l'impuissance (culpabilité) et encore celles naissant de la réflexion sur la situation (colère, frustration).

La supervision ou le debriefing peuvent mettre de l'ordre et réellement permettre de (di)gérer la violence vécue. Or, seules cinq parmi les douze personnes interrogées font preuve de capacité de parler de la situation vécue, de déposer ses émotions et sentiments. Les soignants, n'ayant pas cette possibilité, sont en danger d'« usure professionnelle » et ils le disent.

D'autres éléments à venir (l'analyse des données de cette étude n'étant pas encore aboutie) devraient nous permettre d'affiner notre éclairage pour saisir davantage l'expérience vécue par les soignants dans des situations de violence.

A.C. Allin, responsable du secteur Recherche et Prestations à la Haute Ecole de La Source, Lausanne.

A. Stantzios, chef de projet au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois, Yverdon-les-Bains.

I. Needham, responsable du secteur "Recherche et Prestations" à la Haute Ecole de la Santé de Fribourg.

Références

- Gbézo, B.E. (2005), *Les soignants face à la violence*, Paris, Lamarre.
- Gordon, S.L. « The sociology of sentiments and emotion » in Rosenberg, M. Turner, R.H. (dirs) *Social Psychology. Sociological Perspectives*, New York, Basic Books, 1981, p. 563.
- Le Breton, D. (2004), *Les passions ordinaires, anthropologie des émotions*, Paris, Petite bibliothèque Payot.
- Shaver, P., Schwartz, J., Kirson, J., O'Connor, C. „Emotion knowledge. Further exploration of prototyp approach”, in *Journal of Personality and Social Behavior*, no 52, 1987.



Echanges

Le récit de vie comme contribution à la création d'un chez soi chez la personne souffrant d'un trouble démentiel

Partant de ma pratique soignante auprès de personnes âgées, ce travail s'est intéressé à la place du récit de vie dans la relation de soins. La démarche a consisté en une étude d'auteurs qui ont soit abordé spécifiquement la notion de récit de vie, soit ont traité de l'être en général, dans une approche philosophique que j'ai jugée utile à la réflexion sur les soins aux personnes souffrant de troubles démentiels.

Dans nos pratiques soignantes, la réflexion éthique naît la plupart du temps d'une interrogation au détour d'une situation vécue comme insatisfaisante voire insupportable. Pour ma part, ce qui a bousculé mes repères moraux, ce sont des situations vécues par moi-même ou rapportées par des collègues qui m'ont donné à penser que les personnes souffrant d'un trouble démentiel n'étaient pas ou plus considérées comme parlantes ni pensantes, les soignants faisant et parlant à leur place. La question posée au centre de cette réflexion a de ce fait été : comment accéder au sujet, à la personne, malgré les déficits imposés par la maladie ? comment ne pas négliger le sujet lorsque les déficits cognitifs dominent ?

Le récit de vie pourrait être une approche essentielle dans l'accompagnement de la personne âgée souffrant de troubles démentiels, permettant de préserver une dignité d'homme ou de femme inséré dans sa propre histoire telle que chacun la construit pour soi-même, tenant compte de ce que la personne a été dans le passé et de ce qu'elle est aujourd'hui. Ceci afin de l'aider à rester au plus près d'elle-même jusqu'au bout... En d'autres termes, permettant de recouvrer un statut de vivant à part entière face à un autre.

La dépersonnalisation de la personne atteinte de troubles démentiels révèle une rupture de continuité dans la logique bienfaisante du soin et en conséquence, nous engageant, nous, professionnels de la santé, non seulement à réintroduire du sens dans le non-sens, mais aussi, et surtout, à nous poser comme homme ou femme responsable-pour-autrui.

Au vu de ce qui précède, j'ai la conviction qu'une réflexion sur l'humanisme de l'autre, sur la dignité des personnes dans le Soin est non seulement indispensable mais urgente. Aussi j'ai souhaité démontrer que le récit de vie offre une approche relationnelle responsable de et dans l'accompagnement de la personne âgée souffrant de troubles démentiels, en rupture de récit, car elle permet à l'individu de recouvrer sa dignité par le biais d'une réélaboration de sa propre histoire.

Pia Coppex, Travail de master dans le cadre de la maîtrise en philosophie dans le domaine de l'éthique appliquée. Faculté de théologie, éthique et philosophie de l'Université de Sherbrooke, janvier 2005.

Un espace de soutien et de formation au service des personnes confrontées à une situation d'aide de longue durée

Dans le cadre de la formation DHEPS 2002-2005, j'ai mené une *recherche-action* s'inscrivant dans les champs de la psychosociologie et de l'andragogie. Deux étapes ont bénéficié d'appuis financiers : de la HES-SO dans la phase de préparation, et de l'Association Suisse de la Maladie de Parkinson dans la première phase de sa réalisation.

Je me suis employée à mieux comprendre ce qui peut freiner, bloquer voir altérer la collaboration entre des partenaires de l'aide, particulièrement en présence d'une maladie neurodégénérative et évolutive comme celle du Parkinson ou de l'Alzheimer ; ainsi qu'aux actions pouvant être mises en place au sein de la communauté dans une perspective d'amélioration et de développement de cette collaboration influençant la qualité de vie, des soins et d'accompagnement.

En travaillant avec un groupe de 13 personnes (6 personnes atteintes par ce type de maladies, 6 conjoint-e-s comme proches aidant, et 1 infirmière) durant 11 mois (7 rencontres), j'ai pu mettre en évidence la nature de leurs expériences dans l'aide et la collaboration, leurs besoins, leurs manques et leurs ressources, ainsi que les réponses pouvant être apportées. C'est à partir de 9 entretiens semi-dirigés que ces premières données ont pu être confirmées et un concept d'accompagnement élaboré.

Une action s'est dégagée comme prioritaire et innovatrice : une session de soutien et de formation s'adressant aux personnes atteintes avec les proches et le personnel soignant, afin de créer un espace pour le développement de compétences interrelationnelles, un cadre sécurisant. Le concept d'accompagnement sur lequel s'appuie ce modèle de session se réfère aux travaux principalement de C.Rogers, de S.Tisseron, de V.De Gaulejac.

Le vécu émotionnel circulant dans l'espace de collaboration influence la qualité des relations entre les personnes concernées. Au-delà de la culpabilité, de l'amour, de la haine, des sentiments d'impuissance, d'incompétence et de toute puissance, la honte en particulier, par défaut de pouvoir se dire et d'être entendue, joue un rôle délétère. Elle altère profondément la qualité des relations entre tous ces partenaires. Les stratégies d'adaptation utilisées par les uns et les autres pour y faire face, tant bien que mal, enferment alors la collaboration dans un système de production et consommation d'aide. Face à cela, des besoins collectifs des partenaires ont été identifiés : ceux de mieux comprendre, se comprendre et être compris, ainsi que celui de vivre et de développer des relations plus engageantes et authentiques.

Dans cette perspective, le concept d'accompagnement de groupes et en groupe, que j'ai élaboré, et qui propose de réunir ces partenaires, permet d'interroger les conditions favorisant le développement des compétences relationnelles, parmi lesquelles le *formateur ou facilitateur* a un rôle non négligeable. La structure de la session que j'ai appelée : « *Déjouer les impasses de l'aide* » a pris en compte les enjeux de la honte dans l'espace de la collaboration, le temps nécessaire pour une mise à l'épreuve de la confiance dans les relations, et pour l'entrée dans un processus de changement. Elle est d'une durée de 15 heures sur une période de 5 mois : 7 rencontres en groupe et un entretien individuel au moins 6 semaines après la dernière rencontre.

Il s'agit à ce stade du travail, de développer cette structure au service des personnes en Suisse romande, et de trouver des appuis financiers, pour un espace de soutien et de formation au service des personnes confrontées par une situation d'aide de longue durée.

Mercedes PÔNE, Mémoire DHEPS, option « pratiques de développement social, santé communautaire et recherche-action : « Un espace d'inter-dit, concept d'accompagnement pour le développement des compétences relationnelles entre les personnes aidées et aidantes », septembre 2005 m.pone@ecolelasource.ch



Le coup de ♥ de la bibliothécaire

« **Dossier : Risquer la psychiatrie** » (In : *Soins psychiatrie*, 2006, n°242, janvier/février, p.19-37)

Ce dossier explore des facettes diverses de la thématique du risque en psychiatrie. Ceci est principalement dû aux profils professionnels très distincts des sept contributions proposées.

Parmi celles-ci, mon attention a été plus particulièrement retenue par deux articles. Le premier (p. 20-21) est l'œuvre de M.-F. Paulin, éducatrice. Elle apporte un éclairage intéressant, historique notamment, sur quelques termes qui gravitent autour de la notion de risque. Ainsi, des pistes de réflexion sont données à partir des notions d'*incertitude* et de *responsabilité* ; l'auteur montre en outre comment l'incertournable *principe de précaution*, adapté au domaine de la psychiatrie, est devenu un élément clé dans la prévention et la gestion des risques liés par exemple à la violence.

Le deuxième (p. 28-30) est celui d'A. Baillet, cadre de santé. Cet article insiste notamment sur l'importance de

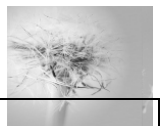
faire circuler la parole parmi les soignants, de participer à la mise en récit des différentes pratiques afin de diminuer la prise de risque individuelle : prendre du temps pour « s'adosser » à l'équipe soignante permet de « bénéficier de l'expérience de ses pairs et [d'] être pris dans une dimension de compagnonnage assurée par les plus anciens (...). » (p. 29)

Quelques mots, enfin, sur certaines appréhensions qui, malgré la diversité des articles, parcourent le dossier de manière transversale. On peut tout d'abord percevoir de la part des auteurs un agacement lié à la « déferlante sécuritaire », ainsi qu'à l'« ère des protocoles et recommandations standardisées », conçue comme un frein à la pensée, à l'action, au potentiel d'innovation ainsi qu'à la dimension créative intrinsèque au métier de soignant. On mentionnera aussi le regret d'une tendance actuelle à délaissier la transmission de *valeurs* au profit de *missions* « plus facilement repérables dans un cahier des charges »... avec en bout de course, une inquiétude réelle : « (...) les perspectives des départs massifs à la retraite des plus anciens laissent augurer un avenir sans mémoire. Il est à craindre que le risque de l'oubli conduise à un risque encore plus grave : celui de la déshumanisation des soins en psychiatrie. » (p.19)

Essoufflement et paradoxale désécurisation face aux procédures, transmission et conservation des savoirs et valeurs, autant de problématiques qui dépassent le cadre de la thématique de ce dernier numéro de *Soins psychiatrie*. Pour finir sur une note positive et tout aussi universelle, je vous laisse à cette pensée d'A. Baillet (p. 28). « La notion de risque est attachée à la vie, à l'existence. Le risque est mouvement, il s'oppose à l'immobilité, il se pense comme une aventure possible, un projet. »

Nathalie Favre

En prolongement : 4^e Journée de l'Association SERPSY (31 mars 2006) : Le Soin à l'épreuve du sécuritaire.



La Haute Ecole de la Santé La Source, reprend son offre de conférences *La Source dans la Cité* sous une nouvelle formule. Ces manifestations seront désormais proposées sous forme de différentes rencontres, de différentes natures, autour d'une thématique commune. Le prochain cycle de manifestations *La Source dans la Cité* aura pour thème

Autour du Don

Cinq rencontres seront proposées, entre novembre 2006 et mars 2007. Les précisions sur les dates seront communiquées dans le prochain numéro de la Lettre de l'URD. L'entrée est libre et ouverte à tous.



Pour tout renseignement sur **La Lettre de l'URD**,
par e-mail : urd@ecolelasource.ch
par tél. : +41 21 641 38 35 - par fax : +41 21 641 38 38