

TCC et Agressivité : Défi Infirmier ET Interdisciplinaire

Réalisé par : Johanna Carruzzo

En collaboration avec : Florence Avanthay

Promotion : Bachelor 08

Sous la direction de : M. Bernard Kamerzin

Juillet 2011

Résumé

Ce travail de fin d'études s'inscrit dans le cadre de l'obtention d'un *Bachelor of Sciences* en Soins infirmiers. Il s'agit d'une recherche qualitative initiale de type exploratoire, réalisée en étroite collaboration avec une autre étudiante du même niveau académique.

Cette étude menée dans un service de neuroréadaptation a pour but d'explorer le vécu et la perception de divers professionnels en proie à l'agressivité de patients ayant subi un traumatisme crânio-cérébral, ainsi que d'en identifier leur manière de gérer ces comportements agressifs.

Le recueil de données a été effectué par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de cinq thérapeutes : deux neuropsychologues et trois physiothérapeutes, exerçant leur profession au sein de la même clinique dans le domaine de la neuroréadaptation.

Ma collègue a exploré la même thématique, en prenant pour population cinq membres de l'équipe infirmière.

Les propos recueillis ont été totalement retranscrits puis classés par thèmes en lien avec nos objectifs de recherche et analysés de manière descriptive à la lumière du cadre théorique et de la littérature. Nous avons mis en commun nos résultats dans l'optique d'avoir une vision globale des points de vue.

Les principaux résultats que nous avons obtenus sont les suivants : tout d'abord, il est clairement ressorti que le ressenti des professionnels de la santé influence d'une façon ou d'une autre la manière dont ceux-ci appréhendent une situation d'agressivité. Ensuite, nous relevons l'importance de la formation et de l'expérience pour acquérir des clés et des savoirs, afin d'optimiser la gestion de ce type de troubles du comportement. De plus, une bonne collaboration et communication interdisciplinaire se sont également révélées essentielles pour assurer une bonne prise en charge du patient. Enfin, il s'est avéré que les mesures mises en place par les professionnels pour gérer ce type de comportement sont toujours établies en regard de l'éthique et du cadre légal.

Mots clés : Neuroréadaptation – Agressivité - Traumatisme crânio-cérébral – Infirmier/ères – Thérapeutes – Ressenti – Formation – Contention.

Remerciements

Je souhaite remercier vivement toutes les personnes qui m'ont, de près ou de loin, soutenue, encouragée, encadrée ou encore motivée durant ma formation et dans l'élaboration de ce Travail de Bachelor.

Un merci tout particulier ...

... **A Florence Avanthay**, chère collègue avec laquelle j'ai mené cette recherche. Je souhaite la remercier pour son dévouement, sa disponibilité et sa patience, ainsi que pour sa sympathie et son amitié tout au long de cette démarche.

... **A M. Bernard Kamerzin** qui nous a encadrées et guidées dans notre travail et ce durant de long mois.

... **A Mme Chris Shoepf** qui nous a dispensé de nombreux cours de méthodologie et nous a fait part de son grand savoir pour mener à bien la recherche initiale.

... **Aux thérapeutes et infirmiers** qui ont participé à cette étude, pour leur sympathie, leur disponibilité et leur investissement, autant lors de la construction de notre grille que dans la réalisation des entretiens.

... **A l'ICUS et au Chef des soins de l'institution, ainsi qu'à l'infirmière clinicienne** pour leur temps, leur expérience et leurs nombreux conseils.

... **A mon tendre époux, à ma famille et mes amis** pour leur grande patience, leurs encouragements et leur soutien inconditionnel dans les moments difficiles.

... **A mon papa**, pour avoir passé de nombreuses heures à lire et corriger ce travail.

Table des matières

1. Introduction	1
1.1 Plan du travail	2
1.2 Motivations personnelles	3
1.3 Motivations socioprofessionnelles	5
1.4 Motivations économiques et politiques	9
1.5 Objectifs personnels d'apprentissage	12
2. Problématique	13
2.1 Formulation du problème et question spécifique de recherche	13
2.2 Question centrale de recherche et hypothèse	17
2.3 Objectifs de recherche	17
3. Cadre conceptuel	19
3.1 Traumatisme crânio-cérébral	19
3.1.1 Physiopathologie	19
3.1.2 Phase aigüe : coma et éveil	22
3.1.3 Phase de réhabilitation	25
3.1.4 Répercussions du traumatisme crânio-cérébral	26
3.1.5 Impact psychologique sur le patient	29
3.1.6 Et la famille ... :	31
3.2 Concept de réadaptation	34
3.3 Concept d'agressivité	40
3.3.1 Introduction	40
3.3.2 Définition générale	41
3.3.3 Violence et colère	43
3.3.4 Point de vue physiologique de l'agressivité	45
3.3.5 Les manifestations de l'agressivité	47
3.3.6 L'agressivité dans un service de neuroréhabilitation	48
3.3.7 Les soignants et l'agressivité	52
3.3.8 Faire face à l'agressivité	55
3.3.9 Médicaments	55
3.3.10 Principes généraux d'intervention	56
3.3.11 L'aspect légal	59
3.3.12 Les mesures de contrainte : point de vue médico-éthique	59
4. Méthodologie	65
4.1 Méthode qualitative	65
4.2 Technique de récolte de données	65
4.2.1 Entretiens semi-directifs	65
4.2.2 Avantages	66
4.2.3 Limites	66
4.3 Construction de l'outil	68
4.3.1 Pré-tests	69
4.3.2 Déroulement des entretiens	69
4.4 Échantillon	70
4.4.1 Type et taille de l'échantillon	70
4.4.2 Les critères de sélection de la population	71
4.4.3 Avantages et limites	72
4.5 Aspects éthiques	73

4.5.1	Autonomie.....	73
4.5.2	Véracité.....	74
4.5.3	Fidélité.....	74
4.5.4	Confidentialité.....	74
4.5.5	Faire le bien / ne pas nuire.....	74
4.5.6	Justice.....	75
5.	Analyse	76
5.1	Description de la technique d'analyse.....	76
5.2	Analyse.....	79
5.2.1	Thème 1 : L'agressivité perçue par les thérapeutes.....	79
5.2.2	Thème 2 : Gestion de l'agressivité par l'équipe interdisciplinaire.....	84
5.2.3	Thème 3 : Ressenti des thérapeutes.....	103
5.2.4	Thème 4 : Les thérapeutes et la contention.....	109
5.2.5	Thème 5 : Le rôle de la formation.....	118
5.2.6	Thème 6 : Et après l'agression	123
5.3	Synthèse.....	127
5.4	Mise en commun des résultats.....	134
5.4.1	L'agressivité perçue par les infirmiers et les thérapeutes.....	134
5.4.2	Gestion de l'agressivité par les infirmiers et par l'équipe interdisciplinaire.....	135
5.4.3	Ressenti des soignants et des thérapeutes.....	138
5.4.4	Les infirmiers et thérapeutes face à la contention.....	138
5.4.5	Rôle de la formation.....	140
5.4.6	Et après l'agression	141
5.5	Vérification de l'hypothèse.....	142
6.	Discussion.....	148
6.1	Validité interne.....	148
6.1.1	Cohérence de notre démarche de recherche, choix du thème et élaboration de la problématique.....	148
6.1.2	Choix des concepts et élaboration du cadre théorique.....	149
6.1.3	Pré-tests et entretiens.....	150
6.1.4	Analyse.....	151
6.1.5	Crédibilité et authenticité.....	152
6.2	Validité externe.....	153
6.2.1	Saturation des données.....	154
6.2.2	Recommandations principales pour la pratique.....	154
6.2.3	Pistes pour des recherches futures.....	156
6.2.4	Limites de la recherche.....	156
7.	Conclusion	158
7.1	Retour sur les objectifs d'apprentissage.....	158
7.2	Bilan méthodologique.....	159
7.3	Bilan personnel.....	160
7.3.1	Facilités.....	160
7.3.2	Difficultés.....	161
7.4	Bilan professionnel.....	162
8.	Bibliographie	165
8.1	Livres.....	165
8.2	Cours.....	167
8.3	Articles.....	167
8.4	Cyberographie.....	168
8.5	Articles en ligne.....	170
9.	Annexes	I

1. Introduction

Cette étude voit le jour dans le cadre de notre formation en soins infirmiers à la HES-SO¹ Valais/Wallis de Sion. Florence Avanthay et moi-même sommes deux étudiantes du même niveau académique. C'est en vue de l'obtention d'un diplôme Bachelor of Sciences en « soins infirmiers », que nous allons élaborer, en binôme, une recherche empirique de type qualitatif.

Pour initier ce travail, nous avons comme consignes de trouver un sujet source de questionnement directement tiré de la pratique professionnelle, à partir duquel nous devons identifier une question spécifique de recherche et tenter d'y répondre. Notre intérêt s'est porté sur le sujet de l'agressivité dans les soins, plus particulièrement dans le domaine de la neuroréadaptation concernant des patients atteints de traumatisme crânio-cérébral². Pour cette première recherche, nous avons tenté de comprendre et d'expliquer le vécu de divers professionnels face à des situations d'agressivité rencontrées dans leur pratique et d'en identifier leur prise en charge.

Pour réaliser cette étude, il nous paraissait intéressant d'explorer les avis de divers professionnels de disciplines différentes, ceci afin de réellement cerner cette problématique qui, dans ce milieu spécifique de soins, ne touche pas uniquement les infirmiers. Nous avons donc réalisé nos entretiens auprès de plusieurs infirmiers, de neuropsychologues et de physiothérapeutes collaborant dans la même institution. Pour des raisons de discrétion et d'anonymat, nous utiliserons les termes d' « *institution* », de « *clinique de réadaptation* » ou encore de « *clinique* » pour nommer le lieu de cette recherche.

Nous rajoutons que, tout au long de notre travail, le terme « infirmière » sera utilisé autant pour nommer les femmes que les hommes.

¹ Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale

² Pour abrégé ce terme, nous le mentionnerons tout au long du travail par les abréviations suivantes : TCC

1.1 Plan du travail

Voici, en quelques paragraphes, le fil rouge de notre travail.

Dans le premier chapitre, nous vous faisons chacune part des motivations personnelles qui nous ont incitées à nous intéresser à ce sujet. Nous exposons également nos motivations socio-professionnelles, en lien avec quelques compétences professionnelles tirées de notre référentiel, ainsi que nos motivations à traiter ce sujet en rapport avec des aspects politico-économiques d'actualité. Ces dernières ne sont pas directement reliées à l'agressivité mais aux portées mondiales des accidents de la route causant notamment de nombreuses séquelles au niveau cérébral. Enfin, nous faisons part de nos objectifs d'apprentissages.

Dans le deuxième chapitre, nous développons la problématique issue du terrain à partir de laquelle découle notre question spécifique de recherche³ ainsi que son hypothèse. Nous identifions nos objectifs de recherches et les limites de notre travail.

Le troisième chapitre est consacré à notre cadre théorique. Nous y développons trois concepts en lien direct avec notre sujet de recherche: le traumatisme crânio-cérébral, le concept de réadaptation relié à celui d'interdisciplinarité et le concept d'agressivité, dans lequel nous abordons certaines notions éthiques et légales en lien avec les mesures de contention.

Le quatrième chapitre s'attache à la méthodologie avec laquelle nous avons construit notre travail. Nous y détaillons la méthode utilisée, la technique de recueil de données, les populations interrogées ainsi que les divers principes éthiques que nous nous engageons à respecter et qui nous guident dans notre démarche.

C'est au cours du cinquième chapitre que nous procédons à l'analyse des données recueillies, à la lumière de notre cadre théorique. Dans un premier

³ Notre question spécifique de recherche est la même, hormis qu'elle touche des professionnels de la santé différents.

temps, nous analysons de manière personnelle nos entretiens et en élaborons une synthèse. Puis, nous mettons en commun nos résultats et nous effectuons la vérification de notre hypothèse.

Dans le sixième chapitre intitulé : Discussion, nous prenons du recul sur notre recherche pour en avoir un regard critique. Nous rendons compte de la validité interne et externe de notre démarche, exposons des recommandations pour la pratique ainsi que pour des recherches futures et relatons les limites de notre étude.

Enfin, le septième et dernier chapitre est consacré à la conclusion au cours de laquelle nous reprenons brièvement nos objectifs d'apprentissages et nous revenons sur les facilités et difficultés personnelles et méthodologiques rencontrées au cours de ce travail. Nous établissons également un bilan professionnel où nous résumons ce que nous avons appris et ce qui pourra nous servir dans notre pratique professionnelle future.

1.2 Motivations personnelles

Le phénomène de l'agressivité est présent dans toute communauté sociale, y compris dans le monde des soins. Durant ma formation en soins infirmiers j'ai été plus d'une fois confrontée à l'agressivité d'un patient ou de l'un de ses proches. Ce thème m'intéresse vivement car, malgré l'évolution des pratiques de soins, il questionne, il interpelle toujours bon nombre de professionnels de la santé. Dans mon expérience professionnelle, sur mes quatre ans d'étude, je peux affirmer que j'ai côtoyé ce phénomène d'une manière ou d'une autre dans plusieurs stages pratiques et qu'il m'interroge.

Lors de mon premier stage qui s'est déroulé en psychogériatrie, l'équipe m'avait bien expliqué, dès le début, que certains patients pouvaient se conduire de manière agressive envers le personnel soignant. Le premier jour, je me souviens avoir reçu quelques informations concernant la conduite à adopter si je me retrouvais dans une telle situation. Un matin, alors que je proposais à boire à une patiente atteinte d'une pathologie psychiatrique,

celle-ci refusa et essaya de me mordre le bras. Je le retirai de justesse et sortis de la chambre quelque peu apeurée. C'est à cette occasion que je me suis, pour la première fois, vraiment questionnée sur la sécurité du personnel soignant. Après discussion avec l'infirmière cheffe du service ainsi qu'avec ma praticienne formatrice, j'ai réalisé que le comportement agressif de certains patients constituait un phénomène rencontré ponctuellement dans ce service et qu'il n'était pas toujours aisé d'y répondre de manière adaptée, en respectant le patient, ses droits et l'éthique ainsi qu'en gardant pour objectif le projet de soins.

Quelques temps plus tard, j'ai vécu un stage qui m'a réellement passionnée dans un service de neuroréhabilitation. La relation entre soignants et personnes atteintes de traumatisme crânio-cérébral m'avait alors beaucoup interpellée. En effet, les multiples séquelles, tant physiques que psychologiques, d'une personne ayant subi un TCC sont parfois difficiles à gérer pour les soignants. Moi-même confrontée à ce type de clientèle avec des troubles du comportement importants, des phases agressives et violentes, je me sentais parfois totalement démunie, voire craintive. Je me souviens que la peur et l'insécurité ressenties dans ces moments me faisaient parfois presque oublier qu'il s'agissait d'une personne malade, qui ne souhaitait probablement pas me faire du mal personnellement et de façon consciente. Lorsque la situation devenait intenable, il n'était pas rare que les soignants aient recours à des mesures de contention chimiques ou physiques.

De multiples questions me sont alors apparues sur le rôle du soignant, sa sécurité et les moyens à disposition pour gérer les cas difficiles. Jusqu'où peut aller cette violence ? Comment se rendre au travail jour après jour, avec un sentiment d'insécurité ? Quels moyens a-t-on pour se protéger soi-même, en tant que soignant, mais aussi pour protéger le patient ? Selon moi, un des rôles de l'infirmière est bien d'aider le bénéficiaire de soins à acquérir ou à retrouver un maximum d'autonomie. Or, je me demande quelle offre en soins dispenser, quels choix faire d'un point de vue moral et éthique pour, d'une part assurer la sécurité de chaque personne, et d'autre part, toujours garder

son rôle de soignant. Malgré tous les repères légaux, éthiques et théoriques présents pour guider les infirmières dans leurs interventions, la réalité du terrain ne permet parfois pas de s'y conformer autant qu'il le faudrait. La charge de travail, les effectifs restreints et la sécurité des patients autant que du personnel sont quelques exemples qui, selon moi, peuvent influencer les agissements d'une équipe envers des clients démontrant de l'agressivité. Alors que privilégier ? La sécurité prime-t-elle sur les droits du patient ? Faudrait-il une infirmière au chevet de chaque personne agressive pour éviter les débordements et ne pas avoir à utiliser de manière abusive des mesures de contention ? Ces questions m'ont donné l'envie d'explorer ce phénomène pour mon Travail de Bachelor.

De plus, il ne faut pas oublier que, dans les milieux de soins, le personnel infirmier n'est pas le seul à être confronté à cette problématique. Des professionnels de multiples autres disciplines, physiothérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues, médecins, ... gravitent également autour du patient et peuvent, un jour ou l'autre, avoir à y faire face, sans y être pour autant bien préparés.

Enfin, pour ma future pratique professionnelle, en tant que diplômée en soins infirmiers, je devrai alors moi-même faire des choix pour la prise en soins de mes patients et de leur entourage. Par cette recherche, j'espère pouvoir acquérir de nouvelles connaissances qui me permettront, dans ma pratique professionnelle, de faire des choix éclairés et de les argumenter, en meilleure connaissance de cause, pour ainsi proposer au patient et à sa famille, une offre en soins de qualité.

1.3 Motivations socioprofessionnelles

Tout d'abord, il est clair que ce sujet est d'actualité. Après nous être entretenues, lors d'entretiens exploratoires, avec de professionnels du terrain confrontés à des personnes atteintes de TCC, nous pouvons clairement identifier la problématique de l'agressivité comme étant actuelle. Un travail de recherche pourrait donc permettre de contribuer à l'évolution des soins

dans le cadre de la neuroréhabilitation. En effet, le but principal de ce genre de service pour les personnes atteintes de TCC est de les aider à réintégrer au mieux le monde extérieur. Or, face aux divers troubles du comportement de cette clientèle, les soignants peuvent rapidement se sentir démunis, et avoir recours à des mesures de contention chimiques ou physiques.

L'enjeu éthique est ainsi bien présent. Le fait d'avoir recours à des pratiques de contention physiques et médicamenteuses est au cœur de beaucoup de débats. Cependant, y a-t-il d'autres solutions? Une autre façon de prendre en charge ces personnes permettrait-elle d'éviter au soignant certaines agressions et de ne pas avoir recours à des mesures drastiques? C'est ce que nous aimerions entre autres explorer par cette recherche.

L'agressivité d'un patient dont l'étiologie est inhérente ou non à sa pathologie, peut être vécue dans tout milieu de soins. Les soignants peuvent y être confrontés à tout moment, et des répercussions personnelles tant psychologiques que physiques peuvent être observées, comme par exemple des insomnies, des réactions nerveuses, la perte de l'estime de soi, la perte d'appétit⁴. Les conséquences professionnelles sur les intervenants en santé sont également importantes, comme « *la perte du lien de confiance avec le milieu professionnel, les tensions et conflits avec les collègues, la démotivation et le sentiment d'incompétence* » (Schuwey-Hayoz et Needham, 2006, p.109)⁵.

De nombreuses études sur l'agressivité dans les soins ont été réalisées, majoritairement dans le domaine de la psychiatrie, de la gériatrie et de l'urgence. L'agressivité constitue donc une réelle problématique dans ces milieux de soins. En effet, par exemple, comme l'indique l'étude d'Aline Schuwey-Hayoz et Ian Needham (2006), « *la confrontation à l'agression apparaît comme une constante actuelle de la condition de l'infirmière en psychiatrie* » (p.109)⁶.

⁴ SCHUWEY-HAYOZ, Aline, NEEDHAM, Ian. Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. *Variation*, septembre 2006, no86, p.109.

⁵ Ibid, p. 108-115.

⁶ Ibid.

Dans le monde de la neuroréhabilitation, les séquelles d'un TCC, ainsi que les contraintes liées à l'hospitalisation de longue durée peuvent générer un comportement agressif chez le patient. Les soignants, et l'équipe interdisciplinaire gravitant autour de celui-ci s'y retrouvent régulièrement confrontés. Lors de nos recherches, nous n'avons pas trouvé d'études à proprement dit sur ce sujet. Nous sommes donc intéressées à réaliser cette recherche dans un contexte de neuroréadaptation.

Enfin, tout au long de notre démarche, nous espérons également développer deux compétences professionnelles spécifiques en lien avec notre référentiel de compétences de la HES-SO/Valais⁷ de troisième Bachelor :

Compétence n°5 : Contribuer à la recherche en soins et en santé

- *S'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain*

Par des entretiens exploratoires avec des professionnels de la santé du milieu de la réhabilitation, nous avons pu identifier une réelle problématique de terrain. Celle-ci aborde la gestion de l'agressivité de personnes atteintes de TCC par les soignants et l'équipe interdisciplinaire. Ce travail nous permettra donc de contribuer à la recherche en soins et en santé dans un service de neuroréadaptation. En menant dans un deuxième temps des entretiens semi-directifs avec divers intervenants de santé confrontés au comportement agressif d'une personne post-TCC, ainsi qu'en analysant les résultats obtenus, nous avons pour but de mieux comprendre le phénomène de l'agressivité dans ce milieu de soins spécifique. Par ce travail, nous désirons par conséquent nous initier à la recherche en soins infirmiers sur une problématique rencontrée en pratique.

⁷ Référentiel de compétences de Bachelor « Niveau Expertise». Tiré de HES-SO VALAIS/WALLIS. *Formation Pratique. Evaluation des compétences Bachelor-niveau « expertise »* [en ligne]. 2009.
Adresse URL : <http://intranet.hevs.ch/index.asp?nocategorie=26&nolangue=1&noDomaine=3&ContenuMenuNiveaux=1687&NoMenuCollabo=&MenuNiveaux=222x1665x1667x1687x0> (Consultée le 5 octobre 2010).

➤ *Participer à des projets de recherche en respectant les principes éthiques*

Avec ce travail initial, nous allons nous lancer dans une activité de recherches dans le cadre de notre future profession en soins infirmiers. Nous sommes novices dans ce domaine si vaste et complexe qu'est la recherche. C'est pourquoi nous allons tenter d'élaborer étape par étape, et selon une méthodologie rigoureuse, un travail de qualité en recherche empirique.

Par cette démarche, nous allons également approcher les soins infirmiers avec un tout autre regard que celui qui nous est familier.

Finalement, nous nous engageons à respecter les principes éthiques établis par l'ASI⁸ tout au long de notre recherche, à savoir : *l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance, la justice, la véracité, la fidélité et la confidentialité*⁹.

Compétence 7 : Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

➤ *Affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle*

Comme nous réalisons notre recherche en binôme, il est incontournable et essentiel de partager et confronter nos opinions et de défendre nos valeurs personnelles et professionnelles.

Certes, nous savons pertinemment que cela demande de l'énergie et de l'engagement mais au final, cela ne peut qu'être bénéfique pour acquérir de nouvelles capacités en vue de notre future vie professionnelle.

⁸ Association suisse des infirmières et infirmiers.

⁹ Ces principes sont tirés de: KESSELRING, Anne- Marie [et al.]. *Les infirmières et la recherche : principes éthiques*. Berne : Secrétariat central ASI, 1998. 25p. et ALLIN-PFISTER, Anne-Claude. *Travail de fin d'études, Clés et repères*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2004.

La prise en charge d'un patient traumatisé crânien dans un service de neuroréadaptation est interdisciplinaire. Cette recherche permettrait d'aborder les rôles et valeurs des différents acteurs qui gravitent autour du bénéficiaire de soins. Cela peut être très enrichissant pour nous qui devrions, dans un futur proche, nous positionner en tant qu'infirmières diplômées.

1.4 Motivations économiques et politiques

Nos motivations économiques et politiques se réfèrent à notre sensibilité pour une problématique actuelle à portée internationale, qui touche particulièrement une population jeune. Il s'agit du traumatisme crânio-cérébral, suite à un accident de la voie publique. Bien que la réelle problématique que nous aborderons pour cette étude soit celle de l'agressivité chez des patients ayant été victime d'un TCC, et non celle du TCC lui-même, nous tenons à vous exposer quelques chiffres pour mieux cerner les enjeux politiques et économiques relatifs à cette pathologie.

Au niveau mondial, tout comme au niveau suisse, les traumatismes résultant d'accidents non professionnels sont un réel problème de santé publique, en raison des pertes et des atteintes humaines, ainsi que par les coûts engendrés. Selon le bureau de prévention des accidents (BPA)¹⁰, le nombre de blessés annuel pour cause d'accidents non-professionnels, en Suisse s'élève à un million de personnes dont 2000 décèdent. Les trois principaux facteurs de tels accidents sont la circulation routière, le sport, l'habitat & loisirs.

Pour l'intérêt de notre recherche, nous avons choisi consciemment de faire quelques recherches de statistiques concernant le domaine des accidents de la circulation, en raison de l'importance des dégâts qu'ils causent au niveau cérébral. En effet, selon Alboucher (2002)¹¹, les accidents de la route sont la

¹⁰ NIEMANN, Steffen [et al.]. *Statistiques des accidents non professionnels et du niveau de sécurité en Suisse. Status 2009* [en ligne]. BPA, 2009.

Adresse URL : http://www.bfu.ch/French/Statistikverwaltung%20PDFs/Status_2009_fr.pdf (Consultée le 23 avril 2010).

¹¹ ALBOUCHER, Jean-François [et al.]. *L'infirmier(e) en neurologie. Comprendre et soigner*. Paris : Masson, 2002. 270p. (Savoir & pratique infirmière). ISBN : 2-294-00776-x.

première cause de décès et de déficits neurologiques et psychiques résiduels dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans.

Penchons-nous tout d'abord sur la situation mondiale. En 2004, (année de la première journée mondiale de la santé sur la sécurité routière), l'organisation mondiale de la santé (OMS)¹² a révélé que les pertes humaines par an dues aux accidents de la route s'élèvent à 1,2 million de personnes, et que le nombre de personnes blessées ou invalides atteint les 20 à 50 millions. Plus de la moitié des décès touchent la tranche d'âge des 15 à 44 ans, soit principalement de jeunes adultes. Plus précisément, les accidents de la voie publique constituent la première cause de décès chez les 15-29 ans et la deuxième chez les 5-14 ans.¹³

Près de la moitié des personnes qui décèdent d'accidents de la route sont des piétons, des cyclistes et des motocyclistes. Cette proportion augmente dans les pays à faible revenu. Le 73% des victimes sont de sexe masculin¹⁴.

La situation en 2009 n'a guère évolué malgré l'adhésion de la majorité des pays aux recommandations érigées en 2004 dans « *le rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation* »¹⁵. En effet, selon le rapport sur la sécurité routière de l'OMS en 2009, dans la plupart des régions, les traumatismes et décès tendent à augmenter. Les prévisions pour les 20 prochaines années laissent présager une augmentation massive du nombre d'accidents de la route. D'ici 2030, l'OMS¹⁶ prédit que les

¹²OMS. *Rapport mondiale sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation* [en ligne]. 2004.
Adresse http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/main_messages_fr.pdf URL :
(Consultée le 23 avril 2010).

¹³ OMS. *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde : il est temps d'agir*. [En ligne]. 2009.
Adresse URL : http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_no_annex_fr.pdf (Consultée le 23 avril 2010).

¹⁴ OMS. *Rapport mondiale sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. Principaux messages du rapport*. [En ligne]. 2004.
Adresse URL : http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/main_messages_fr.pdf
(Consultée le 23 avril 2010).

¹⁵ Ibid.
¹⁶ OMS. *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde : il est temps d'agir*. [en ligne]. 2009.
Adresse URL : http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_no_annex_fr.pdf (Consultée le 23 avril 2010).

accidents de la voie publique gagneront quatre rangs et se placeront en 5^{ème} cause des décès au niveau mondial.

Pour la situation suisse en 2009, selon le BPA, « 94000 personnes se blessent chaque année sur les routes suisses et plus de 300 blessés y laissent leur vie » (p.7) ¹⁷. La population cible se situe majoritairement entre 20 et 60 ans.

Les coûts engendrés sont multiples et extrêmement conséquents tant d'un point de vue matériel, économique qu'humain. Lorsque l'accident survient, les membres de la famille se trouvent confrontés à une multitude de frais. Ils doivent non seulement supporter la perte ou le handicap potentiel de leur proche, mais également faire face aux coûts des soins lors des séjours hospitaliers et en réadaptation, ou au coût de la prise en charge du défunt. De plus, ils doivent subsister avec le manque à gagner. Les statistiques démontrent que les frais engendrés par les accidents de la circulation correspondent à 1 à 3% ¹⁸ du produit national brut.

Les accidents de la route ont également un impact non négligeable sur les services de santé. Comme cité par l'OMS (2009), ils sont « *un fardeau pour les services de santé, en termes de ressources financières, d'occupation des lits et de charge de travail pour les soignants* » ¹⁹.

Tous ces chiffres poussent à la réflexion. D'autant plus que l'on sait identifier les facteurs de risque contre lesquels il faut lutter : l'alcool, le non-port du casque, la vitesse et la non-utilisation de la ceinture.

¹⁷ NIEMANN, Steffen [et al.]. *Statistiques des accidents non professionnels et du niveau de sécurité en Suisse. Status 2009* [en ligne]. BPA, 2009.

Adresse URL :

http://www.bfu.ch/French/Statistikverwaltung%20PDFs/Status_2009_fr.pdf (Consultée le 23 avril 2010).

¹⁸ OMS. *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde : il est temps d'agir*. [En ligne]. 2009.

Adresse URL :

http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_no_annex_fr.pdf (Consultée le 23 avril 2010).

¹⁹ Ibid.

1.5 Objectifs personnels d'apprentissage

Par cette recherche initiale, nous espérons atteindre quatre objectifs d'apprentissage.

- Élaborer notre Travail de Bachelor en appliquant les étapes de méthodologie selon les documents reçus en cours et le livre « méthodes de la recherche en sciences infirmières » de G. Loisel.²⁰
- Définir et développer les concepts identifiés à l'aide de la littérature exploitée.
- Effectuer une recherche empirique en effectuant des entretiens semi-directifs, et en analyser les données recueillies en regard du cadre théorique développé, pour devenir une praticienne réflexive et de ce fait contribuer à la recherche en soins infirmiers.
- Assembler les résultats obtenus lors de notre analyse de données avec ceux de notre collègue, pour décrire le mieux possible le phénomène et vérifier notre hypothèse de recherche.

²⁰ LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGrath, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmière. Approches quantitatives et qualitatives*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. Québec : Polit et Beck, 2007. 591p. ISBN : 978-2-7613-1868-6.

2. Problématique

2.1 Formulation du problème et question spécifique de recherche

L'agressivité est un grand thème qui touche tant la sphère privée que le monde professionnel. Perceptible ou bien dissimulée, nous la côtoyons d'une manière ou d'une autre presque chaque jour. Le monde des soins n'y échappe pas. Pire, il peut y être même propice. En effet, dans ce milieu d'interactions entre diverses personnes où la maladie, la douleur, ou encore l'attente de réponses ou d'un diagnostic en sont le quotidien, il n'est pas rare de se retrouver confronté à de l'agressivité de la part des patients, des proches, voir même de la part des soignants eux-mêmes.

Dans ma propre expérience professionnelle, comme je l'ai mentionné dans mes motivations, j'ai moi-même déjà été confrontée à de l'agressivité de la part de patients et ai dû, à l'aide de mes collègues, trouver des solutions pour non seulement appréhender la situation de manière sécuritaire, mais aussi pour adapter ma prise en soins et garder une attitude professionnelle.

Les pratiques mises en œuvre pour gérer une situation d'agressivité d'un patient afin de le protéger lui-même, ainsi que les autres patients ou soignants, sont diverses et dépendent de nombreuses variables telles que le temps à disposition du soignant, la charge de travail dans le service, la forme d'agressivité du patient ou encore des caractéristiques inhérentes à chaque personne telles que la personnalité et le ressenti de chacun.

La loi et l'éthique posent un cadre bien défini et essaient ainsi de limiter les risques d'écarts, notamment en ce qui concerne la contention tant physique que médicamenteuse. Le droit des patients s'appliquant à divers cantons suisses, dont le Valais, stipule bien que « *par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite* »²¹, sauf dans le cas de

²¹ SANIMEDIA. *Les droits des patients dans les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud*. [en ligne]. Adresse URL : http://www.sanimedia.ch/content/droits_des_patients/ddp_mesures_contraintes.htm (Consultée le 08 mai 2010).

situations exceptionnelles. Or, en pratique, j'ai pu observer nombres de fois, qu'il n'est pas toujours facile de s'y conformer.

Après avoir échangé avec les équipes soignantes sur ce sujet dans différents stages ainsi qu'avec certains autres professionnels gravitant autour du patient, je me suis rendu compte qu'il en constituait une réelle problématique de terrain. Ceux-ci ne cachent en effet pas leur sentiment d'impuissance quant à la gestion de l'agressivité. Comme exprimé par une étude sur les agressions en milieu psychiatrique dans le Pavillon Roland-Saucier, « *les établissements montrent une certaine impuissance à y faire face, tant pour prévenir les incidents que pour gérer les répercussions néfastes qu'ils peuvent avoir sur la vie professionnelle des victimes et sur la dynamique de l'équipe d'intervenants dans son ensemble* »²². L'impact d'un comportement agressif sur un soignant n'est en effet pas négligeable. Comme nous le dit également l'étude d'Aline Schuwey-Hayoz et Ian Needham²³, réalisée dans plusieurs hôpitaux psychiatriques de Suisse, les conséquences sur les victimes sont nombreuses et peuvent en altérer leur qualité de vie et de travail. La perte de confiance, la démotivation, le sentiment constant de menace, les blessures physiques, les nausées et insomnies en sont quelques exemples.

Alors quelle approche avoir face à un patient agressif ? Quelles mesures mettre en place ? Comment respecter le cadre légal et la déontologie tout en travaillant dans des conditions sécuritaires ? Jusqu'où peut-on accepter le comportement auto ou hétéro agressif d'un patient ? Beaucoup de questions interpellent les milieux de soins et de ce fait moi-même.

Dans le cadre de mon Travail de Bachelor qui constitue une recherche initiale, je ne peux pas explorer le phénomène de l'agressivité au sein de plusieurs milieux de soins, cela d'une part à cause du temps qui m'est imparti pour la réalisation de mon étude, mais aussi car un travail d'une telle

²² LUTUMBA Ntetu [et al.]. Les agressions en milieu psychiatrique. Vécu et perceptions des intervenants du Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie. *Santé mentale au Québec*. 1999, vol.24, n°2, p.217.

²³ SCHUWEY-HAYOZ, Aline, NEEDHAM, Ian. Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. *Variation*, septembre 2006, no86, p.108-115.

ampleur serait au-dessus de mes capacités d'enquêtrice débutante en raison du nombre élevé de variables à prendre en considération. C'est pourquoi j'ai dû me résoudre à choisir un contexte de soins bien précis avec une clientèle spécifique. Mon intérêt, et celui de ma collègue Florence, se sont portés sur les personnes atteintes de traumatisme crânio-cérébral dans un service de neuroréadaptation. En effet, les personnes ayant subi un TCC sont sujettes à de multiples troubles visibles et invisibles, dont des troubles du comportement²⁴. L'échelle d'évaluation EGTC²⁵, qui nous a été brièvement présentée lors des entretiens exploratoire, recense 20 catégories de troubles comportementaux que l'on trouve chez des personnes atteintes de TCC. Parmi eux ressortent les troubles agressifs qui comportent l'auto-agressivité, l'agressivité verbale, et l'agressivité physique. La multitude des causes engendrant ces troubles peuvent rendre d'autant plus difficile le choix des interventions car il ne faut jamais perdre de vue le fait que le patient a subi des lésions cérébrales qui peuvent grandement influencer sur sa manière d'être. Comme le dit Cohadon (2008)²⁶, « *l'étiologie des modifications affectives et du comportement est plurifactorielle, associant des facteurs personnels liés aux lésions, et des facteurs contextuels liés à la situation et aux réactions des personnes présentes* » (p.348).

Par mon expérience dans un service de neuroréadaptation et grâce aux entretiens exploratoires réalisés avec Florence auprès de l'infirmière cheffe de l'unité de neuroréadaptation, de l'infirmière clinicienne, et du chef infirmier d'une clinique, ainsi que par des lectures exploratoires sur le sujet des traumatisés crâniens et de l'agressivité, nous avons eu la confirmation que cette problématique faisait partie intégrante du quotidien des soignants et de l'équipe interdisciplinaire dans ce contexte de soins précis.

²⁴ Tiré de JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007. 72p. p.29-33 et de OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p. p.33-43.

²⁵ Annexe 4. Ce document, nous a été transmis lors des entretiens exploratoires par l'équipe soignante de la clinique dans laquelle nous avons réalisé notre étude. Il s'agit d'une échelle d'évaluation spécifique aux TCC. Les abréviations EGTC signifient : Évaluation Globale des Troubles du Comportement.. Il a été créé au Canada et a été présenté par Jacques Robitaille à l'équipe pluridisciplinaire lors d'une formation de 3 jours en 2005.

²⁶ COHADON, François [et al.]. *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. 3^{ème} édition. France : ARNETTE, 2008. 446p. ISBN : 978-2-7184-1177-4.

Le milieu de la neuroréadaptation a pour but premier d'amener les patients vers un maximum d'autonomie. Comme le dit Parmentier²⁷, (2003), « *la rééducation des patients traumatisés crâniens vise à les rendre autonomes : rééducation fonctionnelle, réinsertion sociale, familiale, scolaire et professionnelle* » (p.46).

La spécificité de ce service réside en la multitude des disciplines qui se côtoient. En effet, le patient est pris en charge par une équipe interdisciplinaire qui comporte des thérapeutes de différentes formations (infirmiers, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, neuropsychologues, médecins, ...). Chacun d'entre eux peut donc, à tout moment, se retrouver dans une situation où le patient qu'il prend en soins démontre de l'agressivité. Toutefois, une grande différence peut être relevée entre la profession infirmière et les autres domaines. L'infirmière se doit, en effet, d'être présente le jour comme la nuit, et cela sept jours sur sept. Au contraire, les autres thérapeutes organisent leurs thérapies jusqu'à une certaine heure et sont absents le week-end. Il est donc évident que la probabilité de se retrouver face à un client agressif est plus élevée pour l'équipe soignante.

En outre, chaque professionnel de l'équipe interdisciplinaire a reçu une formation de base spécifique à son domaine et peut donc avoir été préparé de manière différente à concevoir l'agressivité d'un patient ayant subi un TCC et d'y faire face.

Mais, en fin de compte, quelle perception ces intervenants ont-ils de cette agressivité? Quelle est la place du ressenti de chaque professionnel quant à l'appréhension de l'agressivité d'un patient? De quoi dépend le choix des interventions mises en œuvre dans ce genre de situations et quelles sont-elles? Sont-ils préparés à faire face à ces situations? Quelle place donnent-ils au cadre légal et éthique? Comment fonctionnent-ils en interdisciplinarité?

²⁷ PARMENTIER, Annick. Le rôle de l'infirmière dans la rééducation du traumatisé crânien. *Soins*, 2003, no 679, p.46-47.

Pour réaliser cette étude et comprendre le phénomène de l'agressivité dans ce milieu de soin et pour cette clientèle spécifique, il me paraissait essentiel de chercher à connaître l'avis, non seulement de l'équipe soignante, mais également de personnes d'autres disciplines qui collaborent dans ce milieu. C'est pourquoi ma collègue s'attellera à interroger des infirmières tandis que je mènerai les entretiens auprès de thérapeutes de l'équipe interdisciplinaire.

2.2 Question centrale de recherche et hypothèse

L'ensemble de cette problématique m'amène à la question de recherche suivante :

Comment le professionnel de l'équipe interdisciplinaire perçoit-il et gère-t-il l'agressivité d'un patient souffrant d'un traumatisme crânio-cérébral ?

Hypothèse :

La gestion de soins promulgués à des patients post-TCC au comportement agressif dépend à la fois du ressenti du professionnel, de sa formation, de son apprentissage du cadre légal et éthique, mais aussi des moyens mis à disposition au sein de l'institution où il exerce.

2.3 Objectifs de recherche

L'objectif général est de répondre à notre question de recherche et ainsi de confirmer ou de réfuter notre hypothèse.

Nos objectifs spécifiques sont les suivants :

- Identifier la perception qu'ont les professionnels de l'équipe interdisciplinaire et infirmière de l'agressivité d'un patient ayant subi un TCC.
- Identifier les attitudes et les comportements des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire et infirmière dans la gestion d'un client ayant subi un TCC et présentant un comportement agressif et les mettre en commun.

- Explorer le ressenti des divers acteurs de l'équipe interdisciplinaire et infirmière confrontés à un comportement agressif d'un patient post TCC.
- Identifier les connaissances de l'infirmière et de l'équipe interdisciplinaire concernant l'aspect légal et éthique en lien avec les mesures de contention ainsi que la perception qu'ils ont de ces mesures et de leur mise en pratique dans l'institution.
- Comprendre le rôle de la formation dans la prise en charge de l'agressivité.
- Identifier les moyens mis à disposition par l'institution pour permettre la gestion de l'agressivité.

3. Cadre conceptuel

3.1 Traumatisme crânio-cérébral

Le traumatisme crânio-cérébral constitue une réelle problématique socio-économique. Les accidents de la route en sont les principales causes. La majeure partie des blessés sont des jeunes. Même s'ils survivent, ceux-ci verront leur vie changer du tout au tout et devront s'engager tant bien que mal dans un long processus de réapprentissage de chaque petit geste du quotidien.

Nous souhaitons développer ce concept pour mieux appréhender les portées de ces traumatismes sur notre société et comprendre les répercussions engendrées sur le patient et son entourage, ainsi que le rôle essentiel des soignants et de l'équipe interdisciplinaire tout au long du processus menant au retour à la vie quotidienne.

3.1.1 Physiopathologie

Les dommages provoqués lors d'un traumatisme crânio-cérébral relèvent de plusieurs mécanismes biomécaniques et physiopathologiques. Deux mécanismes isolés mais souvent associés entrent en jeu : les mécanismes de contact (contusions directes, plaies crânio-cérébrale, ...) ²⁸, et les mécanismes d'inertie (contusions de contrecoup, hématome sous-dural) ²⁹. Il faut noter que, lors de la plupart des traumatismes crânio-cérébraux, plus particulièrement lors d'accident de la circulation, ces deux mécanismes sont exercés conjointement.

Dans le cas d'un contact direct sur le crâne, celui-ci subit une déformation. Les lésions entraînées vont dépendre de la zone touchée, de la vitesse et de la nature de l'objet ainsi que de la résistance du crâne. Le choc crée de

²⁸ COHADON, François [et al.]. *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. 3^{ème} édition. France : ARNETTE, 2008. 446p. p.27.

²⁹ Ibid.

l'énergie cinétique qui va entraîner des lésions focales qui seront localisée au niveau de l'impact, mais qui peuvent également se répercuter à distance par les mécanismes d'inertie, créant ce qu'on appelle des lésions de contrecoup³⁰ ou fractures irradiées³¹.

Les effets d'inertie sont constatés lorsque la tête subit une forte accélération ou décélération, de type rotatoire ou non. Cela est observable dans la plupart des contextes de traumatisme. On parle d'accélération lorsque la tête est mise en mouvement par l'impact et de décélération lorsqu'elle est freinée par celui-ci. Les lésions provoquées sont alors diffuses et/ou multifocales³². Ce mécanisme s'associe la plupart du temps à celui de contact, vu précédemment, puisque le crâne est également fréquemment en proie à un choc direct. Il est toutefois possible d'observer des « *lésions cérébrales par effet d'inertie isolé* » (Cohadon, 2008, p.30)³³. Celles-ci sont produites lorsque la tête subit très brusquement une mise en mouvement, sans impact direct. On observe cela par exemple dans « *le mouvement de « coup de fouet » de la tête lorsqu'un véhicule est tamponné par derrière* » (Cohadon, 2008, p.32)³⁴.

Les lésions entraînées par un traumatisme crânio-cérébral sont nombreuses et évolutives. On dénombre 4 principaux types de lésions initiales³⁵ :

Les lésions cutanées sont présentes lors de tout traumatisme par impact direct sur la boîte crânienne. Le risque infectieux est majeur car les plaies et lésions du scalp sont une porte ouverte aux agents étrangers. Ce risque est d'autant plus important si elles sont associées à des lésions osseuses ou méningées.

³⁰ BERGE, Catherine, AZOUVI, Philippe et al.]. *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Paris : Editions Frison-Roche, 1995.291p. p.4

³¹ COHADON, François [et al.]. *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. 3^{ème} édition. France : ARNETTE, 2008. 446p. p.27

³² Ibid, p.17.

³³ Ibid, p.30.

³⁴ Ibid, p.32.

³⁵ BERGE, Catherine, AZOUVI, Philippe et al.]. *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Paris : Editions Frison-Roche, 1995.291p .p.6.

Les lésions osseuses sont présentes dans 80% des traumatismes crâniocérébraux graves. Les fractures osseuses peuvent entraîner de graves complications infectieuses, notamment dans le cas de fractures avec enfoncement pouvant provoquer une compression ou des lésions des méninges ou du cerveau. Ce risque est d'autant plus important en présence d'une plaie ouverte sur l'extérieur. Les fractures osseuses peuvent également provoquer des complications hémodynamiques et nerveuses. Dans le premier cas, elles peuvent engendrer la rupture de vaisseaux sanguins, pouvant ainsi être à l'origine d'une hémorragie et d'un épanchement de sang à l'intérieur du tissu cérébral. Dans le second cas, elles peuvent comprimer ou sectionner certains nerfs crâniens.

Les lésions intracrâniennes extracérébrales sont des lésions entre le cerveau et l'os du crâne, au niveau des méninges³⁶. Elles regroupent l'hématome extra-dural (situé entre l'os et la dure mère³⁷, il est secondaire à la rupture d'une artère méningée ou d'un sinus veineux), l'hématome sous-dural (situé entre la dure mère et l'arachnoïde³⁸, il est consécutif à la lésion de petites veines de l'espace sous-dural), ainsi que l'hémorragie sous-arachnoïdienne (située entre l'arachnoïde et la pie-mère³⁹).

Les lésions cérébrales : Le choc ainsi que les accélération/décélération peuvent amener l'allongement voire la rupture de neurones et de leurs prolongements (lésions axonales diffuses), pouvant créer la perte de connaissance et le coma, ainsi que des vaisseaux plus profonds qui irriguent le tissu cérébral, entraînant une hémorragie et des hématomes intracérébraux.

³⁶ Ce sont trois membranes de tissus conjonctifs. Elles se nomment de l'extérieur vers l'intérieur, la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère. Elles recouvrent et protègent le SNC et ses vaisseaux sanguins. (MARIEB, Elaine N. *Anatomie et physiologie humaines*. 2^{ème} édition. Saint-Laurent : Editions du Renouveau Pédagogique Inc, 1993.1014 p. p.402).

³⁷ Membrane résistante formée d'un feuillet externe accolé à l'os du crâne et d'un feuillet interne qui constitue l'enveloppe la plus externe de l'encéphale. C'est la méninge externe. (Ibid.).

³⁸ Méninge intermédiaire, située entre la dure-mère et la pie-mère. (Ibid.).

³⁹ Seule méninge qui adhère fermement à l'encéphale (Ibid.).

De plus, le traumatisme peut entraîner, par des processus physiopathologiques complexes⁴⁰, internes et externe aux cellules, la formation d'un œdème cérébral, qui lui-même est source de lésion cérébrales. Comme la boîte crânienne est inextensible, chaque accroissement de volume à l'intérieur de celle-ci, comme la formation d'un œdème ou un hématome, ne pourra s'étendre qu'au détriment des structures adjacentes et par manque de place, créera à la longue, une hypertension intracrânienne. Le cerveau est comprimé et en souffrance. La première menace vitale de l'hypertension intracrânienne réside en la compression du tronc cérébral⁴¹ par engagement temporal ou central⁴².

Pour soulager le cerveau de cette forte pression et ainsi sauver la vie du blessé, une intervention chirurgicale est nécessaire. Elle consiste en l'ouverture provisoire de la boîte crânienne dans le but de drainer les volumes en excès.

3.1.2 Phase aigüe : coma et éveil

- Le coma :

Après un choc brutal à la tête, la personne peut perdre conscience momentanément voire être plongée dans le coma. Celui-ci se définit comme « *l'absence d'éveil et de manifestations de conscience et traduit une souffrance cérébrale diffuse* » (Oppenheim-Gluckman, 2007, p.28)⁴³. Il peut durer de quelques heures à quelques mois. Le degré de gravité d'un traumatisme crânien ainsi que le pronostic sont en corrélation avec la durée du coma. Plus celle-ci perdure, plus le traumatisme est considéré comme sévère.

⁴⁰ COHADON, François [et al.]. *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. 3^{ème} édition. France : ARNETTE, 2008. 446p. p.37.

⁴¹ *Structure cérébrale composée du mésencéphale, du pont et du bulbe rachidien dont le rôle est de produire les comportements automatiques et immuables requis pour la survie en participant à la gestion du centre vasomoteur, du centre cardiaque, des centres respiratoires et d'autres réflexes tels que la toux, le vomissement, la déglutition,....*(MARIEB, Elaine N. *Anatomie et physiologie humaines*. 2^{ème} édition. Saint-Laurent : Editions du Renouveau Pédagogique Inc, 1993.1014p)

⁴² COHADON, François [et al.]. *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. 3^{ème} édition. France : ARNETTE, 2008. 446 p. p.44.

⁴³ OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p.

Une personne ayant subi un TCC doit immédiatement être conduite dans un service de soins intensifs disposant d'un équipement adapté. Ce type de service a pour but de maintenir les fonctions vitales du patient (respiration et circulation sanguine), de prévenir l'aggravation des lésions préexistantes et les lésions secondaires, ainsi que de réaliser les examens nécessaires à la pose d'un diagnostic et au choix de traitements (chirurgical, médicamenteux).⁴⁴

Il s'agit d'agir rapidement pour rétablir au plus vite le fonctionnement cérébral et empêcher la survenue de complications liées, entre autres, aux phénomènes de compression, d'engagements cérébraux et d'hypertension intracrânienne. Pour cela, les techniques d'imageries médicales (Scanner, IRM⁴⁵, ...) jouent un rôle très important. Elles permettent de visualiser les tissus et épanchements cérébraux et ainsi de définir en un temps record le traitement à mettre en place. Il faut également traiter toute lésion associée, éventuellement survenue lors du traumatisme (fractures diverses, lésions des organes internes, ...).⁴⁶

La prise en charge d'un patient comateux est complexe et complète. Le rôle des soignants est de le suppléer dans la réalisation de chacun de ses besoins, ainsi que de surveiller attentivement chaque fonction corporelle⁴⁷.

- Phase d'éveil⁴⁸ :

La phase qui suit le coma est appelée la phase d'éveil. Elle commence dès lors que le patient ouvre les yeux et dure jusqu'à ce qu'il ait repris conscience. Cette phase peut être rapide ou s'étendre à quelques mois. Trois stades sont identifiés :

⁴⁴ JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007. 72p. p.15.

⁴⁵ Signifie : Imagerie à Résonnance Magnétique

⁴⁶ JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007. 72p. p.15.

⁴⁷ Tiré de : OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p. p.29-31 et JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007. 72p. p.17.

⁴⁸ Les informations de ce chapitre sont tirées de : OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p.

A : La phase végétative :

Elle marque le tout début de la phase d'éveil. Le patient peut respirer par lui-même et ne requiert donc plus d'assistance. Il récupère un cycle veille-sommeil. Il demeure toutefois déconnecté du monde qui l'entoure et n'établit aucune relation avec son environnement.

B : La phase d'état pauci-relationnel :

Dans cette phase, le patient reprend peu à peu conscience de ce qui l'entoure et initie un lien relationnel. Il communique avec les personnes qui l'entourent par des « codes de communication »⁴⁹, tels que des mouvements oculaires, des gestes ou des sons. Il retrouve progressivement l'usage de la parole. Toutefois, toutes ces manifestations font suite à une stimulation d'autrui et non à une initiative du patient lui-même.

Lors de cette étape, l'éveil peut être « agité » (le patient alterne entre des périodes d'agitation et de somnolence) ou « calme » (il ne communique pas spontanément avec l'entourage et l'évolution motrice et verbale progresse lentement).

C : La phase des premiers échanges relationnels :

Dans cette dernière phase, le patient commence à entrer en relation et en communication par lui-même avec les gens qui l'entourent. Il se trouve néanmoins souvent dans la confusion et la désorientation spatio-temporelle et est incapable de mémoriser les événements. Il souffre d'amnésie post-traumatique.

Il existe cependant certains cas où le patient récupère une autonomie dans ses fonctions vitales ainsi qu'un rythme veille-sommeil sans être totalement

⁴⁹ OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280. p 32.

conscient. Dans ce cas, la communication est quasiment impossible. On parle alors d'état végétatif chronique⁵⁰.

La prise en charge du patient en soins intensifs est assurée par une équipe médicale et infirmière ainsi que par certains thérapeutes spécialisés tels que des physiothérapeutes ou ergothérapeutes. Dans un premier temps, ils associent leurs compétences pour maintenir en vie le patient et éviter les complications. Puis, ils mettent en place, en collaboration, les premières mesures de réhabilitation visant à l'aider à reprendre peu à peu conscience de son corps et de ses sens. « *Le traitement précoce se concentre principalement sur les activités corporelles, la transmission de stimuli tactiles ou auditifs ainsi que l'élimination et le traitement des troubles de la déglutition* » (Jilg, 2007, p.17)⁵¹.

Cette période, marquée d'incertitude et d'espoir, est très difficile à vivre pour la famille. Cependant, la présence familiale auprès du patient est essentielle. Comme le dit Jilg (2007), « *c'est souvent le contact avec les membres les plus proches de sa famille qui déclenche chez le patient ses premières réactions, signes d'une amélioration de son état* » (p.19)⁵². Cette présence est rassurante et sécurise le patient qui voit en elle des points de repère qui lui sont familiers. De plus, connaissant mieux que quiconque le blessé, la famille peut aménager et personnaliser son lieu de vie et diriger les soignants sur ses goûts, les guidant, afin d'optimiser les diverses stimulations⁵³, par exemple auditives, visuelles ou gustatives, ...

3.1.3 Phase de réhabilitation

Dès que son pronostic vital n'est plus en danger, le patient quitte les soins intensifs et, selon le degré de gravité de son traumatisme, il entre en clinique de réadaptation pour y suivre diverses thérapies de rééducation et se

⁵⁰ Ibid, p.33.

⁵¹ JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007.72p.

⁵² Ibid, p.19.

⁵³ OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p. p.33.

réadapter, en fonction de son handicap, à l'environnement qui l'entoure et qu'il retrouvera une fois sorti de l'hôpital⁵⁴. Une équipe soignante ainsi que de multiples thérapeutes partagent alors leurs compétences pour accompagner, soutenir et guider jour après jour le patient dans la récupération de ses troubles et le réapprentissage des activités de la vie quotidienne. Il s'agit de faire récupérer au patient un maximum d'autonomie pour qu'il puisse un jour se réinsérer dans la vie quotidienne. Le cheminement parfois long et sinueux prépare physiquement et psychologiquement le patient à appréhender la vie à l'extérieur de l'hôpital. Enfin, il s'agit également d'aider le patient à accepter son/ses handicap(s) visible(s) et invisible(s).

Le concept de réhabilitation faisant partie intégrante de notre objet de recherche, nous le développerons de manière détaillée plus loin dans notre travail.

3.1.4 Répercussions du traumatisme crânio-cérébral

Les troubles qui surviennent à la suite d'un TCC sont nombreux. Certains d'entre eux peuvent s'améliorer, voire même disparaître avec le temps et les thérapies. Néanmoins, la majorité des traumatisés crâniens graves devront faire face à des séquelles parfois définitives. Ces troubles, visibles et invisibles sont multiples et propres à chaque traumatisme. Leur impact, tant physique que psychologique, bouleverse la vie du patient et de son entourage. Ils peuvent constituer un véritable handicap pour le quotidien. Ils demandent beaucoup de patience, de courage et d'endurance pour les améliorer. Si cela n'est pas possible, le patient devra apprendre, avec l'aide des professionnels et de divers moyens de compensation, à vivre avec ces troubles.

⁵⁴ Les termes rééducation et réadaptation seront défini dans le concept de Réadaptation.

Tout d'abord, citons quelques conséquences visibles d'un TCC⁵⁵ :

- **Les paralysies** : elles peuvent être molles ou spastiques, la plus fréquente étant l'hémiplégie⁵⁶.
- **Les troubles moteurs** : ralentissement des mouvements, pertes de mobilité des membres, mouvements anormaux, parésies⁵⁷, ...
- **Les troubles de l'équilibre**
- **Les troubles de la coordination des mouvements** : ataxie⁵⁸, difficulté de saisir un objet, perte de l'habileté, ...
- **Les troubles de la déglutition** : les troubles de la coordination voire une paralysie des muscles de la déglutition provoquent régulièrement des « fausses routes » et nécessitent dans un premier temps de continuer l'alimentation par sonde gastrique pour éviter de graves complications pulmonaires (par passage de nourriture dans les voies aériennes).
- **Les troubles de la vision** : hémianopsie⁵⁹, diplopie⁶⁰, baisse de l'acuité visuelle
- **Les troubles sensitifs** : hypo, hyper ou anesthésie⁶¹, paresthésie⁶², ...

L'épilepsie est également une des complications pouvant survenir à la suite d'un TCC. Selon Oppenheim-Gluckman (2007)⁶³, « *cette complication est la conséquence des lésions cérébrales du traumatisme crânien, immédiates ou cicatricielles* » (p.37). On retrouve donc une forme d'épilepsie précoce qui

⁵⁵ Tiré de JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007. 72p. p.29-33 et de OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p. p.33-43.

⁵⁶ Déficit moteur qui touche un hémicorps, c'est-à-dire la moitié droite ou gauche du corps (membre supérieur et inférieur et face). Tiré de OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p. p.34.

⁵⁷ *Paralysie partielle ou légère, se manifestant par une diminution de la force musculaire*. Tiré de : ROBERT, Paul. *Le nouveau Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Nouvelle édition*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 2000. 2841p. ISBN : 2-85036-668-4.

⁵⁸ *Incoordination des mouvements volontaires causée par une affection des centres nerveux*. Tiré de ROBERT, Paul. *Le nouveau Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Nouvelle édition*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 2000. 2841p. ISBN : 2-85036-668-4.

⁵⁹ *Perte de la vision de la moitié du champ visuel de chaque œil*. Tiré de MORIN, Yves [et al.]. *Larousse médical*. Paris : édition Larousse, 2005, 1219p. ISBN : 2-03-560265-3. p.465.

⁶⁰ *Trouble de la vue, consistant dans la perception de deux images pour un seul objet*. Tiré de ROBERT, Paul. *Le nouveau Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Nouvelle édition*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 2000. 2841p. ISBN : 2-85036-668-4.

⁶¹ *Perte d'un des modes de la sensibilité, ou de la sensibilité d'un organe, ou de la sensibilité générale*. Ibid.

⁶² *Trouble de la sensibilité se traduisant par la perception de sensations anormales (fourmillement, picotements, brûlures)*. Ibid.

⁶³ OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p.

apparaît dans la phase aigüe du traumatisme crânien et une forme plus tardive pouvant se manifester plusieurs mois après l'accident.

Mais n'oublions pas les troubles invisibles. Ceux-ci altèrent également considérablement la qualité de vie des patients. Comme le dit Jilg (2007) *« la signification et la portée de ces troubles « invisibles » sont souvent bien plus graves pour les personnes atteintes que celles des handicaps visibles »* (p.31)⁶⁴. Bien que non perceptibles au premier abord, ils peuvent grandement interférer dans les relations sociales, familiales et professionnelles, ce qui affecte considérablement le patient et son entourage qui se sentent vite démunis. Parfois même, le patient n'a pas conscience de ces troubles, tout particulièrement ceux qui ont trait au comportement et à la cognition⁶⁵. Ceci rend encore plus difficile leur acceptation et donc l'engagement dans le processus de réadaptation.

Parmi les troubles invisibles nous trouvons⁶⁶ :

- **Les troubles cognitifs** : troubles de la mémoire, de l'orientation spatio-temporelle, de l'attention (distractibilité, incapacité de faire deux choses à la fois), de la concentration, ...
- **Les troubles du comportement** : troubles du caractère (irritabilité, agressivité, ...), troubles de l'humeur (dépression, euphorie, bipolarité, instabilité de l'humeur), troubles anxieux, problèmes sexuels, ...
- **Les troubles de la communication** : troubles de l'articulation de la voix, aphasie⁶⁷ motrice ou de compréhension, ...
- **Les troubles sensoriels** : du goût, de l'odorat, de l'audition, de la vue, ...
- **Le ralentissement général** : de la pensée, des réactions, du traitement de l'information

⁶⁴ JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007. 72p.

⁶⁵ OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p. p.42.

⁶⁶ Tiré de JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007. 72p. p.29-33 et de OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p. p.33-43.

⁶⁷ *Trouble de l'expression et/ou de la compréhension du langage oral (surdité verbale) ou écrit (cécité verbale ou alexie, dû à une lésion cérébrale localisée, en l'absence d'atteinte des organes d'émission ou de réception*. Tiré de ROBERT, Paul. *Le nouveau Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Nouvelle édition*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 2000. 2841p. ISBN : 2-85036-668-4.

- **La perte d'automatismes** : apraxie⁶⁸
- **La fatigue ou les troubles du sommeil**

La douleur, et particulièrement les céphalées, font également partie des séquelles qui ne sont pas perceptibles si le patient n'émet pas de manifestations. Celles-ci peuvent tout de même altérer grandement la qualité de vie des patients qui en sont sujets. Selon Cambier [et al.](2004)⁶⁹ « *les céphalées apparaissent souvent au moment où le blessé commence à se lever ; d'abord permanentes, elles tendent ensuite à s'espacer ; elles peuvent être diffuses ou localisées au point d'impact* » (p.421). Comme cité auparavant, les patients peuvent également manifester des troubles de la sensibilité de type hyperesthésie. Les sensations de ceux-ci peuvent alors s'en trouver exacerbées, voire douloureuses⁷⁰.

3.1.5 Impact psychologique sur le patient

Comme nous pouvons l'imaginer, un traumatisme d'une telle ampleur ainsi que les changements qu'il instaure peuvent laisser de grandes traces émotionnelles et psychologiques. Suite à un tel événement, la confiance en soi, l'image de soi ainsi que l'identité de l'individu s'en trouvent atteintes. « *Le blessé peut éprouver un sentiment « d'inquiétante étrangeté » (sensation de perte d'une partie de soi-même, de ne pas se retrouver, de ne pas se reconnaître, d'être absent à soi-même, d'être absent au monde, d'être comme dans un rêve)* » (Oppenheim-Gluckman, 2007, p.142-143)⁷¹. Celui-ci doit non seulement accepter sa nouvelle image de soi, mais aussi s'adapter à sa nouvelle situation. Du jour au lendemain, le patient voit ses repères sociaux, familiaux et professionnels radicalement modifiés. Il doit apprendre à réintégrer la vie quotidienne avec de multiples changements. Comme mentionné par Jilg (2007), « *il faut s'adapter à une situation modifiée, avec*

⁶⁸ Incapacité d'effectuer des mouvements volontaires adaptés à un but, alors que les fonctions motrices et sensorielles sont normales. Ibid.

⁶⁹ CAMBIER, Jean, MASSON, Maurice, DEHEN, Henri. Abrégé Neurologie. Paris : Masson, 2004. 554 p. ISBN : 2-294-03125-5.

⁷⁰ OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p. p.36.

⁷¹ Ibid, 142-143.

des possibilités modifiées, et un handicap permanent » (p.34)⁷². Sa relation au corps ainsi que la relation avec les autres changent. Indépendant auparavant, il se retrouve à dépendre du personnel soignant et de sa famille pour vivre, pour se souvenir de son passé, parfois même pour décider de son futur⁷³. Cela est difficilement acceptable et perturbe d'autant plus les relations interpersonnelles et les repères de la famille.

Divers sentiments surgissent chez le patient et son entourage. Peur, incertitude, tristesse, colère sont des réactions normales qui font suite à un accident d'une telle portée. Or, si ces sentiments ne sont pas pris en considération, si rien n'est mis en œuvre pour qu'ils puissent être gérés, de réelles maladies psychiatriques peuvent apparaître. Comme le dit Jilg (2007), dans le cas où ils ne sont pas gérés, *« on observe une sorte de cristallisation des sentiments. La peine et le désespoir se muent en dépression »* (p.34)⁷⁴.

En outre, pendant la phase hospitalière, patients et familles s'accrochent à l'espoir de rétablissement des fonctions atteintes⁷⁵. Or, à la sortie, la confrontation avec la réalité est brutale. Tous les troubles, tant physiques, cognitifs que psychologiques, rendent difficile la réinsertion dans le monde extérieur et remettent en cause la place du patient dans la société et dans sa sphère privée. Chaque action auparavant acquise, chaque activité de la vie quotidienne deviennent une difficulté à surmonter. Oppenheim-Gluckman (2007) cite très justement que le blessé *« n'a parfois plus le « mode d'emploi » de choses simples et quotidiennes (...) ou de choses plus complexes (...). Il n'a plus les « outils cognitifs » pour maintenir la communication avec les autres selon les modalités antérieures »* (p.140-141)⁷⁶.

⁷² JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007. 72p.

⁷³ OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p. p.143.

⁷⁴ JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007. 72p.

⁷⁵ Ibid, p.33.

⁷⁶ OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p.

C'est au fur et à mesure du temps, non sans difficultés, et grâce aux thérapies, au soutien de l'entourage ainsi qu'à sa persévérance, que le patient se construit de nouveaux repères et tente de s'adapter au mieux à sa nouvelle vie et d'y retrouver sa place.

Tout cela démontre la grandeur de l'impact psychologique et révèle donc l'importance de ne pas le négliger, mais bien de s'y intéresser et de le prendre en soin comme n'importe quelle autre conséquence du traumatisme. Le processus qui mène à l'acceptation de cette nouvelle réalité est long et requiert beaucoup de soutien et de compréhension de la part des proches et des professionnels. Souvent, l'aide de professionnels agréés dans le domaine de la psychologie voire de la psychiatrie est indispensable à la reconstruction identitaire et à l'acceptation, pour le patient et sa famille.

3.1.6 Et la famille ... :

Les conséquences sur la famille sont multiples. Pour cette raison, nous n'allons en aborder que les grandes lignes.

Comme évoqué dans le chapitre précédent, tous les repères familiaux sont également chamboulés, voire renversés à la suite d'un tel accident. L'équilibre familial se voit perturbé. L'entourage d'un cérébro-lésé doit faire face à de nombreuses difficultés et doit mobiliser d'innombrables ressources pour appréhender la situation.

Les changements de comportement constituent une des principales sources de difficultés et d'incompréhension pour la famille. En effet, comment réagir lorsque la personne que l'on a connue naguère devient pratiquement méconnaissable ? *« Lorsque le membre de la famille concerné, qui était autrefois une personne équilibrée, chaleureuse et mûre, a soudainement des accès d'agressivité, manifeste un comportement d'enfant ou fait des crises de jalousie extrêmes, la situation est difficile à vivre pour les proches »* (JILG,

2007, p.55)⁷⁷. Cet exemple montre combien il peut être rude d'accepter et de réapprendre à vivre avec une personne dont les traits de personnalité et les comportements se sont modifiés du jour au lendemain. Les résultats de plusieurs études ont d'ailleurs prouvé que c'était sur l'entourage que les changements comportementaux pesaient le plus lourd⁷⁸.

Les troubles cognitifs sont également difficiles à gérer pour l'entourage et peuvent entraver la relation. Leur nature invisible amène parfois les proches à les mettre de côté, voire à les oublier. Les membres de la famille qui les perçoivent peuvent ainsi tendre à minimiser les efforts produits par leur proche atteint de TCC et avoir des attentes trop élevées vis-à-vis de ses capacités, ce qui peut être générateur de conflit. En effet, comme le dit Oppenheim-Gluckman (2007), l'entourage *« a du mal à percevoir les conséquences des troubles cognitifs dans la vie quotidienne puisqu'il n'en voit pas, lui non plus, de traces visibles sur le corps. Parfois, il met les difficultés rencontrées par le blessé sur le compte de « la mauvaise volonté » et il ne perçoit pas les efforts qu'il fait pour s'adapter »* (p.141)⁷⁹.

Dans le cas d'un retour à domicile, la dépendance du blessé, qu'elle soit partielle ou totale, entraîne des modifications considérables dans l'organisation du quotidien de la famille. Celle-ci doit faire preuve de beaucoup de patience et d'adaptation. Suivant les troubles dont il est atteint, prendre en charge un proche cérébro-lésé à domicile n'est pas chose facile. Plusieurs transformations devront être réalisées, tant au niveau de l'agencement du lieu de vie que dans la manière de se répartir les tâches et dans l'activité professionnelle des divers membres de la famille. La charge de travail peut être très lourde et, dans le cas où les familles n'ont pas accès au soutien nécessaire, ces dernières peuvent s'épuiser et, à leur tour, devenir malades, ce qui les amène à ne plus pouvoir gérer la prise en charge.

⁷⁷ JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007.72p.

⁷⁸Ibid, p.55.

⁷⁹ OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p.

De plus, il n'est pas toujours aisé de trouver un juste milieu dans l'aide apportée au blessé. En effet, « *trouver un équilibre entre le fait de ne pas se substituer à son proche, traumatisé crânien, et la nécessité de suppléer à ses défaillances et souvent difficile* » (Oppenheim-Gluckman, 2007, p.143)⁸⁰. Enfin, à la longue, il n'est pas rare que le patient et sa famille proche soient peu à peu mises à l'écart et se trouvent isolées de leurs relations sociales. La diminution voire l'arrêt du travail, des loisirs et des sorties du patient et de sa famille raréfient déjà les contacts sociaux. De plus, amis et connaissances prennent souvent de la distance, par peur, par manque de compréhension ou encore par malaise vis-à-vis d'une personne qu'ils reconnaissent à peine.

Chaque famille vit différemment cette épreuve. Comme cité par Jilg (2007) : « *il n'existe pas de recette miracle pour faire disparaître d'un coup de baguette magique les soucis des proches* » (p.59)⁸¹. Cependant, le soignant, par son rôle autonome, peut contribuer à aider les proches en établissant tout d'abord une relation de confiance basée sur l'écoute et le non-jugement. Il est également primordial de donner aux proches, en collaboration avec le médecin, suffisamment d'informations sur l'état du patient, dans les diverses étapes. « *La communication d'informations et de connaissances est capitale pour que les membres de la famille puissent assimiler le traumatisme crânio-cérébral de leur être cher* » (Jilg, 2007, p.59)⁸². Il est important de faire connaître au patient, ainsi qu'à ses proches, des associations, des groupes d'entraide auprès desquels ils pourront trouver conseil, soutien et partager leur expérience et leur vécu avec d'autres personnes dans la même situation et ainsi sortir quelque peu de leur isolement

⁸⁰ OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p

⁸¹ JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007.72p.

⁸² Ibid, p.59.

3.2 Concept de réadaptation

Notre Travail de Bachelor s'articule autour des mots suivants : réhabilitation, réadaptation et rééducation. Ces termes ont un même sens premier, mais possèdent des particularités propres que nous allons évoquer subséquemment. Nous allons également aborder le thème de l'interdisciplinarité. En effet, pour permettre une prise en charge optimale, il y a un certain nombre de professionnels qui gravitent autour du patient souffrant d'un TCC. Nous développerons les fonctions de chacune des professions ci-dessous.

Dans un premier temps, il est important de définir les termes de réhabilitation, réadaptation et rééducation. Toutefois, les auteurs ne sont pas toujours en accord quant aux définitions de ces termes. Par exemple, Jilg (2007) relate, dans la brochure d'information spécialisée pour les personnes atteintes d'un TCC et leurs proches que *« réhabiliter signifie rétablir, dans la mesure du possible, toutes les fonctions endommagées du patient, afin qu'il puisse le plus rapidement possible effectuer de manière autonome les activités principales du quotidiens, comme manger/déglutir, uriner/aller à selle, se lever/marcher, faire sa toilette et communiquer »* (p.21)⁸³.

Néanmoins, pour Walter Hesbeen (2001), spécialiste en réadaptation, le mot *« réhabilitation »* ne serait pas adéquat lorsque l'on parle de réadaptation, puisqu'*« il concerne des personnes condamnées ou ayant commis une faute et mises à l'écart d'un groupe, au ban de la société. Elles sont réhabilitées lorsque leur peine est purgée, leur condamnation graciée, ou leur faute annulée. »* (p.61).⁸⁴

Ensuite, selon la définition de l'OMS 1968⁸⁵, le terme *« réadaptation »* désigne : *« l'usage combiné et coordonné de mesures médicales, sociales,*

⁸³ JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE SUISSE, 2007.72p.

⁸⁴ HESBEEN, Walter. *La réadaptation : aider à créer de nouveaux chemins*. Édition Seli Arslan SA, 2001,156p. ISBN : 2-84276-065-4.

⁸⁵ Organisation Mondiale de la santé

éducatives et professionnelles, pour entraîner ou réentraîner l'individu, à son plus haut niveau de capacité fonctionnelle ».

C'est ainsi que la réadaptation a fait l'objet de plusieurs recherches, dont l'une a été menée par Walter Hesbeen. Celui-ci définit ce mot comme suit : « *la réadaptation est une pratique pluridisciplinaire fondée, entre autres, sur des connaissances scientifiquement établies. Elle a pour but d'assurer à la personne infirme ou invalide ainsi qu'à ses proches différentes actions permettant de supprimer, d'atténuer, de surmonter les obstacles générateurs de handicaps. Elle se pratique au sein d'équipes spécialisées qui utilisent, au mieux, les ressources offertes par les moyens de la rééducation fonctionnelle, de la réinsertion sociale et du reclassement scolaire et professionnel.* » (Hesbeen Walter, 2001, p.63)⁸⁶. Nous pouvons en déduire que la réadaptation a pour but d'apprendre et de mettre à disposition du bénéficiaire de soins des moyens qui lui permettront d'être le plus autonome possible.

Malgré les divergentes définitions, nous continuerons d'employer « réadaptation et réhabilitation » dans notre Travail de Bachelor comme ayant un sens commun. Car pour nous, l'objectif propre à ces deux principes reste que le patient puisse retrouver un maximum de son autonomie pour garantir ainsi sa réinsertion familiale, sociale et professionnelle.

Quant à la rééducation fonctionnelle, elle a pour but de « *traiter une personne pour lui permettre de récupérer l'usage normal d'une fonction ou d'un membre* » comme le souligne le Petit Robert 2003⁸⁷. Walter Hesbeen (2001) va plus loin en disant que « *la rééducation fonctionnelle concerne la rééducation d'une fonction et ne peut donc pas désigner l'ensemble du processus de réadaptation.* » (p.62)⁸⁸. Nous voyons ainsi que ce terme ne s'applique pas à la globalité de la prise en charge, mais bien aux fonctions à

⁸⁶ HESBEEN, Walter. *La réadaptation : aider à créer de nouveaux chemins*. Édition Seli Arslan SA, 2001, 156p. ISBN : 2-84276-065-4.

⁸⁷ ROBERT, Paul. *Le nouveau Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Nouvelle édition*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 2000. 2841p. ISBN : 2-85036-668-4.

⁸⁸ HESBEEN, Walter. *La réadaptation : aider à créer de nouveaux chemins*. Édition Seli Arslan SA, 2001, 156p. ISBN : 2-84276-065-4.

proprement dites biologiques. Il est important d'ajouter, qu'il est primordial de commencer une rééducation dès la phase aigüe de la maladie pour augmenter la chance de récupération d'une fonction ou d'un membre.

Nous pouvons conclure que les termes « réhabilitation et réadaptation » ont donc un même et seul but. En effet, il est important de procéder à une rééducation fonctionnelle du bénéficiaire de soins dès la phase aigüe de son traumatisme crânien, ceci pour qu'une réadaptation ainsi qu'une réhabilitation puisse être instaurée dès que possible dans des cliniques spécialisées, la finalité étant de permettre à la personne d'être le plus autonome possible dans sa vie privée, sociale et professionnelle.

Pour évoluer dans son cheminement vers la sortie des structures de soins, le patient aura besoin de professionnels. Ces personnes qui interagissent ensemble forment ce que l'on nomme l'équipe interdisciplinaire. Avant d'aller plus loin, nous tenons à définir le concept d'interdisciplinarité. Celui-ci se caractérise selon Berger comme « *une interaction entre les disciplines qui peut aller de la simple communication des idées, jusqu'à une intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la méthodologie et des procédures* » (Formarier&Jovic, 2009, p.194)⁸⁹. Chacun des individus de l'équipe va faire part de son savoir et de son expérience en ce qui concerne sa discipline dans le but d'élaborer un projet commun dans l'intérêt du patient.

Pour mieux comprendre ce concept, voici les attributs y relatifs, tiré de l'ouvrage « *Concept en sciences infirmières* »⁹⁰:

- Le travail interdisciplinaire n'existe pas en soi. Il est construit autour d'un projet donné, contextualisé, qui s'inscrit dans une dimension scientifique
- Il nécessite la présence de plusieurs disciplines représentées par des professions différentes

⁸⁹ FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Editions MALLET CONSEIL, 2009. 291p. ISBN : 978-2-9533311-0-3.

⁹⁰ Ibid.

- Tous les professionnels doivent pouvoir rendre compte de leur discipline respective
- Toutes les disciplines sont différentes, complémentaires. Aucune n'a de prédominance sur les autres
- Le partage des responsabilités se fait en fonction de la formation disciplinaire et des compétences de chacun
- Tous les professionnels doivent œuvrer ensemble, collaborer vers la réalisation d'un projet décidé en commun, auquel chacun adhère

Dans le milieu de la réadaptation, les professionnels de la santé ont donc un but commun : amener le traumatisé crânien au plus haut niveau d'autonomie et d'indépendance. Tout au long du processus de réhabilitation, ils vont mettre le patient au cœur des projets thérapeutiques qui sont des objectifs communs pour que l'individu retrouve son autonomie.

Ainsi, l'équipe interdisciplinaire est donc composée de divers acteurs exerçant des disciplines bien diverses mais se complétant : elle se constitue⁹¹ :

- d'un médecin rééducateur qui a le devoir de mettre en place les objectifs thérapeutiques et de les réajuster en collaboration avec l'équipe soignante. Il doit suivre le patient dans sa réadaptation et a la responsabilité de la prise en charge de tous les problèmes médicaux qui pourraient survenir au cours de la réadaptation.
- de soignants qui apprennent au traumatisé crânien à acquérir un savoir-faire et un savoir-être spécifique à sa situation. Ils lui permettent ainsi d'avoir un suivi continu, d'être accompagné lors de ses thérapies et d'atteindre ses objectifs dans une démarche interdisciplinaire. Les soignants soutiennent le bénéficiaire de soins

⁹¹ La suite des informations présentes dans ce concept sont toutes issues de : JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme cranio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE SUISSE, 2007.72p. et de : OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p. ISBN : 978-2-87710-204-9.

ainsi que ses proches à surmonter les difficultés physiques, psychiques et socioprofessionnelles tout en favorisant l'autonomie du patient et en respectant sa dignité.

- de physiothérapeutes qui sont chargés de la rééducation du système locomoteur. Ainsi, ils travaillent sur les mobilisations, les postures et sur l'équilibre du tronc, ce qui permettra de réapprendre au patient à s'asseoir, à se lever et réacquérir la motricité lui permettant de marcher. Les mobilisations sont importantes, même chez des personnes qui ne peuvent pas se mobiliser. Elles permettent de diminuer la spasticité et les douleurs articulaires et musculaires, et ainsi de conserver un minimum de mouvement.
- d'ergothérapeutes, qui travaillent avec le traumatisé crânien dans le but d'améliorer son autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Les exercices sont basés sur les gestes dans le cadre du ménage ou du travail. Selon la déficience de la personne, les ergothérapeutes mettent à disposition des stratégies et des moyens auxiliaires pour pallier les manques.
Pour favoriser un retour à domicile, les ergothérapeutes visitent le domicile du patient pour y suggérer et apporter des améliorations, pour lui apprendre des gestes particuliers et pour lui mettre à disposition des outils qui lui permettront de maintenir son autonomie. Les ergothérapeutes travaillent aussi sur l'attention, l'orientation spatio-temporelle et la perception en collaboration avec les neuropsychologues.
- de neuropsychologues qui diagnostiquent les troubles neuropsychologiques, tels que les changements de personnalité, et les problèmes cognitifs et affectifs. Ils effectuent des tests et des observations qui permettront de guider l'équipe soignante vers les objectifs thérapeutiques.

- de logopédistes qui travaillent dans le but de faciliter et de rétablir la compréhension et l'expression du langage. Cette prise en charge dure souvent plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Néanmoins, il est rare que la récupération soit complète même si les améliorations sont nettes.
- d'assistants sociaux communiquant à la famille ou aux proches du patient des conseils juridiques, des précisions sur les démarches à entreprendre envers les assurances et les allocations auxquelles le traumatisé crânien a droit.

Les multiples thérapies que le patient doit suivre requièrent beaucoup de temps et d'énergie, ce qui peut rapidement devenir lourd à supporter. De plus, toutes les pensées du patient sont souvent centrées sur le pronostic de récupération, ce qui peut mener à de l'agressivité, à des dépressions, à un repli sur soi ou à une inactivité. C'est pour cela qu'il existe des thérapies récréatives que l'on nomme aussi « *des loisirs à fins thérapeutiques* ». Ces loisirs permettent au bénéficiaire de soins de stimuler et d'exprimer par différentes manières son ressenti. En effet, lorsque le patient souffrant d'un TCC s'adonne à des activités récréatives, celles-ci lui permettent de se détendre, de penser à autre chose, de pouvoir nouer de nouveaux liens avec d'autres patients et de prendre contact avec le monde extérieur. Par ce concept, le patient peut découvrir ou réapprendre des activités manuelles ou des loisirs qui lui permettront de passer un bon moment. Dans certaines institutions, la musicothérapie ou l'art-thérapie sont utilisées comme activités récréatives. Elles sont des thérapies non-verbales dont les mélodies, les rythmes, les sons et les couleurs permettent d'augmenter l'auto-perception dont le but est d'amener la personne à l'acceptation de sa maladie.

Nous tenons à ajouter que la prise en charge d'un traumatisé crânien par les professionnels ne peut être une science exacte. En effet, ces derniers doivent analyser chaque situation spécifiquement, à la suite de quoi ils vont établir des interventions grâce aux connaissances acquises lors de leur formation et grâce à leur expérience professionnelle et personnelle.

3.3 Concept d'agressivité

Toute notre recherche s'articule autour du concept d'agressivité. Il demeure alors essentiel de nous plonger quelque peu dans la littérature concernant ce sujet. En effet, une base théorique structurée relative à ce concept nous donnera une assise pour aborder ce qui constitue le thème de notre recherche, à savoir : les relations complexes entre l'infirmière et l'équipe interdisciplinaire confrontées à un patient agressif. Dans ce chapitre, nous explorerons les diverses composantes du concept d'agressivité. En abordant plusieurs points de vue d'auteurs bien distincts.

3.3.1 Introduction

L'agressivité peut être présente dans toute situation de la vie quotidienne, et cela, d'autant plus si deux êtres sont en relation l'un avec l'autre. Toute personne y est confrontée à un moment donné de sa vie. Chaque soir, au journal de 20 heures, chaque matin, dans les journaux, des exemples concrets de ce phénomène sont relatés. Certes, elle peut être visible, comme dans le cas de deux enfants qui se battent à la récréation, mais elle peut être également camouflée derrière des apparences trompeuses, des faux semblants. Il y a d'innombrables manifestations de l'agressivité. L'être humain sait choisir le meilleur mode d'expression en fonction de son environnement, des circonstances et des relations interpersonnelles auxquelles il est confronté au quotidien. Les institutions de santé n'échappent pas à ce phénomène et y sont confrontées quotidiennement, que ce soit du point de vue du patient, du soignant ou des proches.

Selon Zaczek (1998)⁹², le style d'agressivité émis par chaque personne dépend de plusieurs facteurs tels que la personnalité, la culture, les circonstances sociales. Dans la même optique, il avance que *« l'agressivité révèle plutôt d'une tendance que chacun apprécie en fonction de sa subjectivité »* (p.13).

⁹² ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6.

En faisant une revue de la littérature sur ce sujet, nous nous sommes rendu compte que ce concept peut avoir diverses connotations autant positives que négatives. Nous avons également observé une divergence d'opinion parmi les auteurs en ce qui concerne la provenance de l'agressivité. Elle est considérée soit comme innée à l'être humain dès sa naissance, soit comme acquise, liée à l'environnement. La diversité des points de vue et des pensées rend difficile l'élaboration d'une définition homogène de ce concept.

3.3.2 Définition générale

L'étymologie⁹³ du mot agressivité prend ses racines du latin *Agredire*, ce qui signifie « marcher vers ».

Tout d'abord, certains ouvrages présentent l'agressivité comme un ensemble de comportements négatifs, menaçants et hostiles contre un tiers ou contre soi-même, l'associant souvent à la violence. Cette vision est très restrictive. Dans son ouvrage, Gbézo (2005) présente une définition purement comportementale qui reflète cette pensée. Il s'agirait d' « *une conduite physique ou verbale qui vise, consciemment ou non, à nuire, à détruire, à humilier ou à contraindre une personne* » (p.12)⁹⁴. Dans le même ordre d'idées, Laplanche et Pontalis, dans le Dictionnaire de psychanalyse, décrivent l'agressivité comme « *la tendance ou ensemble des tendances qui s'actualisent dans des conduites réelles ou fantasmatiques, celles-ci visant à nuire à autrui, le détruire, le contraindre, l'humilier, etc.* »⁹⁵.

D'autres auteurs ont une vision plus positive de l'agressivité. Erich Fromm la considère comme étant « *l'énergie mise au service des besoins d'affirmation de soi, de réalisation et d'amour* »⁹⁶. Selon lui, l'agressivité est considérée comme une alliée de l'être humain dans sa lutte contre la soumission et la

⁹³ ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6.p.14.

⁹⁴ E.GBEZO, Bernard. *Les soignants face à la violence*. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.

⁹⁵ Propos trouvés dans l'ouvrage : ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6.p.16.

⁹⁶ Propos trouvés dans l'ouvrage : E.GBEZO, Bernard. *Les soignants face à la violence*. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0. p.12.

dépendance. Elle est perçue comme un moyen de protéger et de défendre son territoire, ses valeurs et opinions, ainsi que soi-même. Cette vision est en accord avec celle de Sœur Callista Roy (1983)⁹⁷. S'inspirant de Storr (1968), elle considère que l'agressivité « *procure l'énergie sous-jacente au besoin de réalisation de soi* » et que « *c'est elle qui permet à l'individu de pouvoir se séparer et être indépendant* » (p.420). L'agressivité permet alors également d'atteindre certains objectifs que l'on s'est fixés et contribue ainsi à la construction de l'idéal que chacun se fait de sa vie. Par ces extraits, nous retrouvons le sens étymologique du mot, qui est bien « marcher vers ». En ce sens, l'agressivité n'aurait donc pas comme but principal la nuisance et la destruction de soi ou d'autrui, mais serait plutôt une forme d'énergie, nécessaire à chacun pour se confronter à l'autre et légitimer son existence en temps qu'être unique doué d'autonomie.

D'un autre point de vue, l'agressivité constituerait la base de tout instinct de survie. En effet, le Manuel alphabétique de psychiatrie propose la définition suivante : « *l'agressivité au sens biologique le plus fondamental se définit dans le cadre des interactions entre un être vivant et son environnement ; c'est la force instinctuelle [instinct agressif] qui permet à l'individu d'imposer la satisfaction de ses exigences territoriales ou pulsionnelles élémentaires [...]* Cette version repose donc sur l'existence d'une « *pulsion agressive endogène* » qui pourrait s'exprimer par l'intermédiaire de différents comportements »⁹⁸. Autrement dit, l'agressivité serait innée et présente en l'être humain depuis sa mise au monde et en constituerait une partie de sa force vitale. Konrad Lorenz considère même l'agressivité comme faisant partie des quatre grands instincts de survie des espèces, en parallèle à l'alimentation, la reproduction et la fuite. Il avance toute de même que l'agression « *peut à l'occasion porter à faux et détruire la vie* ».⁹⁹ Sigmund Freud et Mélanie Klein confortent cette conception en envisageant

⁹⁷ ROY, Callista. *Introduction aux soins infirmiers : le modèle de l'adaptation*. Genève : 1983.495p.

⁹⁸ Propos trouvés dans l'ouvrage : ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6.

⁹⁹ Citation de Konrad Lorenz tiré du mémoire de fin d'étude Soins et agressivité, quelle alliance ? Rédigé par Christelle Fillinger promotion 2005-2006. Adresse URL : http://www.airr.info/docs/memoire_soins_et_agressivite.pdf [en ligne] (Consultée le 06 juillet 2010).

l'agressivité comme « *une force endogène « pulsionnelle » innée* ». (Zaczyk, 1998, p.17)¹⁰⁰.

Enfin, comme mentionné précédemment, certains penseurs, notamment les chercheurs en neurobiologie comme Pierre Karli¹⁰¹, considèrent que l'agressivité serait engendrée en fonction du contexte et de l'environnement dans lequel la personne se situe.

Par ces définitions, nous comprenons que, pour les patients qui subissent un TCC et doivent séjourner en clinique de réadaptation, l'agressivité peut être un soutien pour les aider à aller de l'avant dans le long processus de récupération de leurs fonctions. Mais elle peut également être un frein à l'amélioration et à la réalisation de progrès si elle est associée à un comportement violent et destructeur.

3.3.3 Violence et colère

Avant d'aller plus loin, il nous paraît important de différencier le concept d'agressivité avec les notions de violence et de colère, auquel il s'apparente quelque peu.

Tout d'abord, considérons le concept de violence. Selon l'OMS (2002), « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré, de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence* »¹⁰². De cette définition émergent trois catégories de violences : la violence contre soi-même, la violence contre autrui, la violence contre un groupe ou une communauté.

¹⁰⁰ ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6.

¹⁰¹ Professeur de neurophysiologie à la faculté de médecine de l'université de Louis-Pasteur de Strasbourg.

¹⁰² OMS. *Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004* [en ligne]. Août 2004. http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/vip_annexesrap_anneTursz.pdf (Consultée le 1er juillet 2010).

Il paraît ainsi évident que ce concept est étroitement lié à celui de l'agressivité. Or, bien que très proche l'un de l'autre, il serait inexact de les considérer comme strictement identique. Comme l'évoque Gbézo (2005) dans son ouvrage, « *si la violence est toujours sous-tendue par une certaine agressivité, à l'inverse, toute agressivité ne se traduit pas forcément en violence. L'agressivité devient violence quand il y a un abus de pouvoir sur les autres* » (p.14)¹⁰³. En effet, comme nous le verrons plus loin, il existe une multitude de manifestations de l'agressivité qui ne se traduisent pas par de la violence. Bien entendu, cette dernière fait partie intégrante des manifestations de l'agressivité, mais elle n'en est de loin pas la seule. De plus, Gbezo fait émerger une autre différence en mettant en évidence que la violence est sous tendue par des visées égoïstes. « *Dans la violence on s'intéresse à soi-même, sans considération pour autrui* » (Gbezo, 2005, p.14)¹⁰⁴. Alors que selon lui, un certain lien est créé avec l'autre, lors de conduite agressive.

Les concepts d'agressivité et de colère sont également liés. Zaczyk définit cette dernière comme une émotion que l'individu ressent suite à un événement extérieur¹⁰⁵. Certes, un sentiment de colère peut amener une personne à se comporter de manière agressive. Mais il peut aussi se manifester d'une autre manière. « *La colère n'entraîne pas toujours un comportement agressif, mais peut s'exprimer par un comportement affirmé : le sujet exprime ses pensées, ses sentiments, de façon calme, tout en respectant la position de l'autre* » (Zaczyk, 1998, p.196). De plus, la colère peut engendrer un comportement agressif mais, comme nous le démontrerons plus tard, elle n'en demeure toutefois pas la seule cause pouvant déclencher de l'agressivité.

¹⁰³ E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.

¹⁰⁴ Ibid, p. 14.

¹⁰⁵ ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6. p.195.

3.3.4 Point de vue physiologique de l'agressivité

Nous allons à présent développer quelque peu l'agressivité d'un point de vue purement physiologique. Pour cette partie, nous nous basons sur l'ouvrage de Christian Zaczyk¹⁰⁶, qui reprend notamment certaines théories de Pierre Karli. Nous explorons le rôle de certaines structures cérébrales, celui des neurotransmetteurs, des hormones et de la cognition sur l'agressivité et les comportements agressifs.

Plusieurs structures cérébrales ont un impact sur le comportement agressif. L'amygdale et l'hypothalamus jouent un rôle d'inhibition et d'activation des comportements d'agression, selon la partie de chacune de ces deux structures qui est concernée. L'hippocampe a, quant à lui, plutôt une fonction facilitatrice sur l'agressivité.¹⁰⁷ Le septum influence l'inhibition de l'agressivité. En effet, « *sa destruction induit l'apparition, plus ou moins transitoire, de tous les signes d'hyperréactivité* » (Zaczyk, 1998, p.45)¹⁰⁸. D'après des expériences faites sur des rats, le bulbe olfactif aurait également un rôle dans l'inhibition des comportements agressifs. Le cerveau humain est très complexe, et les structures impliquées dans les comportements d'agression sont multiples, plus nombreuses que chez l'animal. Selon Zaczyk(1998) « *les deux structures cérébrales les plus fréquemment évoquées chez l'être humain agressif ou meurtrier sont les structures temporales et frontales, même si les sites impliqués sont probablement multiples* » (p.48)¹⁰⁹.

Si nous faisons le lien avec notre objet de recherche sur les personnes traumatisées crâniennes, nous pouvons en conclure que l'impact du traumatisme exercé sur les structures cérébrales pourrait expliquer l'agressivité de certains patients. Un sujet ayant subi des lésions de la région frontale et/ou temporale sera plus sujet à des troubles du comportement agressifs. Néanmoins, comme nous le verrons plus loin dans le

¹⁰⁶ ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6. p 41 à 55.

¹⁰⁷ Ibid, p. 45.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Ibid, p.48.

développement de ce concept, ceci ne demeure pas la seule cause de l'agressivité pour cette population.

Les neurotransmetteurs, dont le rôle est de transmettre l'information d'un neurone à un autre, influencent également les comportements agressifs chez l'être humain. Le principal neurotransmetteur en lien direct avec l'agressivité, est la sérotonine. Elle détient « *un rôle fondamental d'inhibition sur les comportements agressifs* » (Zaczyk, 1998, p.48)¹¹⁰. En effet, les individus, ayant une concentration amoindrie de ce neurotransmetteur sont plus susceptible de manifester des attitudes agressives envers les autres, ou contre eux-mêmes¹¹¹.

Les hormones entrent également en jeu dans les comportements agressifs. Par exemple, il est prouvé que les hormones sexuelles ont un impact sur l'agressivité et ses manifestations, or, le mécanisme exact n'a pas encore été éclairci¹¹². De la même manière, l'insuline peut provoquer, par l'hypoglycémie, des troubles du comportement de type agressif¹¹³. Zaczyk donne l'exemple de l'approche du repas de midi. En effet, à ce moment-là, chacun peut se rendre compte que sa capacité de patience diminue et laisse aisément place à de l'agressivité et de l'irritabilité. Comme un manque d'insuline (ce qui est le cas des personnes diabétiques), ne permet pas d'alimenter les cellules, notamment les cellules cérébrales en glucose, celui-ci provoquerait plus facilement des réactions agressives. Enfin, il a également été observé que les personnes atteintes d'hyperthyroïdie (ayant donc une production excessive d'hormones thyroïdiennes) seraient plus sujettes à de la nervosité et de l'irritabilité¹¹⁴.

Finalement, la place des processus cognitifs, c'est-à-dire du traitement de l'information, n'est pas négligeable. L'être humain, immergé dans un milieu, reçoit des informations provenant de l'extérieur. Son cerveau les

¹¹⁰ ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6.

¹¹¹ Ibid, p.49.

¹¹² Ibid, p.51.

¹¹³ Ibid, p.51.

¹¹⁴ Ibid, p.52.

emmagasine et les traite. En fonction de l'information reçue, l'individu adopte un comportement adapté ou non à la situation. Or, il est démontré que les processus cognitifs n'interviennent pas dans toutes les situations. Cela dépend du niveau d'excitation¹¹⁵. Comme cité par Zaczky (1998), « *un état d'excitation intermédiaire fournira les conditions optimales pour apprécier les situation et y répondre* » (p.54)¹¹⁶. Dans ce cas, le sujet évaluera la situation en fonction de sa morale, des répercussions qu'il peut y avoir en utilisant tel ou tel comportement et des intentions de la personne qui lui fait face. Tout cela va lui permettre d'avoir une attitude adaptée au contexte dans lequel il se trouve. Toutefois, il se peut que le niveau d'excitation soit trop élevé ou trop bas. Dans ce cas, « *l'intervention des processus cognitifs n'a pas lieu, et l'on assiste à des comportements réactifs primaires et à des réponses inadaptées, comme l'agression hostile* » (Zaczky, 1998, p.54)¹¹⁷.

3.3.5 Les manifestations de l'agressivité

Les manifestations de l'agressivité peuvent être diverses. Les deux grandes catégories sont l'agressivité verbale et l'agressivité physique, toutes deux se manifestant de plusieurs façons. Il est important de relever que l'agressivité verbale, bien que moins visible, n'en demeure toutefois pas moins destructrice. Raillerie, humiliation, rejet ou dévalorisation peuvent provoquer de graves conséquences psychologiques chez la personne qui en est sujette. Chaque personne, en fonction de sa personnalité, ainsi qu'en fonction du contexte dans lequel elle se trouve utilisera l'une ou l'autre de ces manifestations. Pour illustrer ces propos, nous avons choisi de vous présenter la classification d'Arnold H. Buss (1961)¹¹⁸ :

¹¹⁵ ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6. P.54

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Ibid, p. 63.

Aggression active	Aggression passive
<ul style="list-style-type: none"> • Physique : <ul style="list-style-type: none"> • Directe : coups et blessures • Indirecte : coups envers un substitut de la victime 	<ul style="list-style-type: none"> • Physique : <ul style="list-style-type: none"> • Directe : empêcher un comportement • Indirecte : refus de s'engager dans un comportement
<ul style="list-style-type: none"> • Verbale : <ul style="list-style-type: none"> • Directe : insultes • Indirecte : médisances 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbale : <ul style="list-style-type: none"> • Directe : refus de parler • Indirecte : refus d'acquiescer

Il est important de souligner que l'agressivité peut être non seulement dirigée contre autrui mais également contre soi-même. On parle alors d'auto-agressivité. Celle-ci se manifeste par des comportements portant atteinte à sa propre intégrité physique ou psychologique, comme par exemple le fait de se faire du mal en se brûlant, en s'automutilant, en se frappant, en se dévalorisant, ou en se dénigrant, etc. Le comportement qui signe une auto-agressivité extrême réside en l'acte de destruction totale de soi-même, à savoir, le suicide.

Toutes ces expressions de l'agressivité, de la plus subtile à la plus grossière, peuvent être retrouvées dans les milieux de soins. Les soignants qui y sont confrontés doivent non seulement savoir se protéger eux-mêmes et protéger le patient, mais également essayer de gérer au mieux la situation en choisissant et en mettant en pratique des mesures adaptées.

3.3.6 L'agressivité dans un service de neuroréhabilitation

Les troubles du comportement d'une personne ayant subi un TCC sont multiples, l'agressivité en fait partie. Plusieurs facteurs peuvent interagir. Nous en identifions ci-dessous quelques-uns.

- La personnalité

Les comportements agressifs peuvent être liés à la personnalité même du sujet ou à son histoire de vie personnelle. Certaines personnes ont plus

tendance à réagir par un mode violent ou agressif alors que d'autres adopteront une attitude plutôt pacifiste. Certains traits de personnalité, tels que « *l'impulsivité, l'instabilité émotionnelle, l'excitabilité, ou l'intolérance à la frustration* » (Gbézo, 2005, p.16)¹¹⁹ peuvent également générer des conduites agressives.

- Le traumatisme

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre sur la biologie de l'agressivité, celle-ci peut être engendrée par les lésions cérébrales induites par le choc, notamment au niveau de la partie frontale et temporale du cerveau.

- La situation

Nous identifions ici six paramètres.

Premièrement, la durée d'hospitalisation peut générer un comportement agressif. Pour récupérer un maximum d'autonomie, le patient bénéficie des compétences de chaque professionnel de l'équipe interdisciplinaire. Les séquelles sont nombreuses et demandent au patient beaucoup d'énergie pour leur faire face. En effet, le processus qui conduit à la sortie peut être long, très long, prendre des semaines, voire des mois.

Deuxièmement, le contexte de l'hospitalisation peut être à la longue mal vécu et provoquer de l'agressivité chez le sujet. En effet, l'organisation de l'hôpital est très réglementée. Les horaires de lever, de coucher et de repas sont fixes et doivent être respectés. Les thérapies journalières sont multiples, et signent le quotidien semaine après semaine. De plus, avant de pouvoir faire des séjours à domicile, le patient reste de nombreux jours entre les murs de l'hôpital ou même de sa chambre, alité ou en fauteuil roulant. Tout cela peut être difficilement toléré et être générateur d'agressivité, notamment chez des personnes peu habituées à être enfermées et à se soumettre à une réglementation stricte.

¹¹⁹ E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.

Troisièmement, il faut également considérer l'isolement, l'ennui et la solitude que le patient peut ressentir durant ces longues périodes. Même si ses proches lui rendent visite, ils ne peuvent être présents de façon permanente.

Quatrièmement, les soignants peuvent eux-mêmes, par leur personnalité, leurs manières d'agir ainsi que par leur présence continuelle, provoquer des réactions agressives de la part des patients. En effet, ceux-ci n'ont pas le choix du soignant qui s'occupe d'eux et se voient contraints de partager leur intimité avec celui-ci. Pour un temps restreint cela peut ne pas poser de problème, mais sur la durée et en fonction de la relation entre les deux partis, cela peut devenir inconfortable. En plus du rôle de prise en soin du client, les soignants doivent également être les garants du suivi de traitement, du respect des mesures décidées par les médecins et thérapeutes, lorsque ceux-ci sont absents. Ils ont en quelque sorte un rôle de « police », que les patients peuvent vouloir contrer pour montrer leur droit d'autonomie.

Durant son séjour en clinique, le client doit faire preuve de beaucoup de patience et de volonté. Il dépense énormément d'énergie pour progresser et gagner en autonomie. Malheureusement, la dépendance, l'échec et le deuil font également partie de son quotidien. Les soignants sont présents pour l'aider à assouvir ses besoins. Or, ces derniers peuvent être parfois surprotecteurs voir infantilissants, ce qui peut être vécu comme insupportable par le patient qui se voit démuni et dépendant. Michel (2004) avance avec justesse que « *la relation établie par le personnel hospitalier vis-à-vis du patient suscite souvent un comportement régressif. Certains acceptent cet état de régression et même le recherchent, d'autres se révoltent ...* » (p.77)¹²⁰. Tout ceci peut mener à un manque de compréhension entre le patient et son entourage, ainsi qu'avec les soignants, perturbant les relations et générant ainsi des conflits.

Cinquièmement, dans leur long processus de récupération, les bénéficiaires de soins sont également confrontés à l'échec. (échec de traitement, échec

¹²⁰ MICHEL, Michel ; THIRION, Jean-François. *Faire face à la violence dans les institutions de santé*. Rueil-Malmaison : LAMARRE, 2004. 237p. (Fonction cadre de santé). ISBN : 2-85030-796-3.

de récupération de certaines facultés, échec face à un objectif fixé, ...). Freud émet une théorie sur la frustration et l'agression. Selon lui, « *l'agressivité serait la conséquence d'une frustration des désirs libidinaux* » (Zaczyk, 1998, p.27)¹²¹. A partir de cette théorie, d'autres penseurs se sont forgé leur opinion. À présent on retient que la frustration accroît la probabilité d'apparition d'une réaction agressive¹²². On peut donc comprendre que l'individu confronté à l'échec, et donc en réaction à une certaine frustration, peut adopter un comportement de type agressif. Dans ce cas, dans un contexte de réhabilitation, nous pouvons d'ores et déjà relever l'importance, d'éviter de mettre constamment l'individu en situation d'échec, pour ne pas provoquer une éventuelle crise d'agressivité. Bien entendu, chaque personne réagit différemment face à l'échec. Certaines méthodes inappropriées pour certains sont bénéfiques pour d'autres.

Finalement, le patient passe, dans la plupart des cas, d'un statut de personne saine à personne handicapée. Les séquelles engendrées par l'accident sont nombreuses et perturbent considérablement son identité et ses repères. Il doit parcourir le cheminement du deuil, deuil de sa vie d'avant, deuil de certaines capacités, d'une certaine autonomie. Ce parcours sinueux a pour objectif de l'amener à l'acceptation de sa nouvelle image, de son corps, de son handicap. Parmi les différentes étapes du processus de deuil d'E. Kübler Ross, on identifie celle de la colère, de la révolte, où le patient manifeste son mécontentement, son sentiment d'injustice, parfois par de l'agressivité, de la violence envers lui et envers les autres. Comme le dit Nicole Attali (1999) ¹²³, « *vivre avec un handicap, c'est être en situation d'infériorité, se voir, non seulement différent des autres, mais désavantagé par rapport à eux. Ce qui entraîne un sentiment d'impuissance, de dévalorisation, qui s'exprimera soit par la colère contre le monde, les autres, soi-même, contre tout (l'agressivité se manifeste si souvent contre l'infirmière), soit par la tristesse, l'enfermement, le refus de communiquer* ».

¹²¹ ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6.

¹²² Ibid, p.30.

¹²³ ATTALI, Nicole. *Rôle de la conscience sur l'annonce, le vécu et l'accompagnement du handicap*. Alter EGO, 1999, n°5, p.29 trouvé dans le Diplôme d'université soins infirmiers en rééducation et réadaptation intitulé : *soins et agressivité* [en ligne]. Réalisé par Christelle Fillinger.

Adresse URL : http://www.airr.info/docs/memoire_soins_et_agressivite.pdf (Consultée le 06 juillet 2010).

avec les autres, la dépression (le patient ne veut rien faire et se rend de plus en plus incapable), ou par l'alternance entre les deux ». Le patient se voit contraint d'appréhender la réalité différemment.

3.3.7 Les soignants et l'agressivité

Jusqu'alors nous n'avons parlé que de l'agressivité du patient. A présent, nous désirons aborder l'impact de l'agressivité sur les soignants, ainsi que leurs moyens d'y faire face.

L'impact des agressions et de la violence sur les soignants qu'il soit d'ordre psychologique ou physique, touche à l'intégrité de la personne. Les atteintes et lésions physiques sont certes plus visibles mais ne constituent qu'une petite part des conséquences de conduite agressives. Confrontés à l'agressivité, les soignants peuvent tout d'abord éprouver divers sentiments, comme la peur, la colère, le doute ou l'angoisse. Un individu agressé de quelque manière que ce soit s'en trouve chamboulé psychologiquement. Les effets sont nombreux et peuvent altérer la qualité du travail, la qualité de vie, ainsi que le sentiment d'accomplissement personnel de la victime. Baisse de moral, diminution de la confiance en soi, de l'estime de soi, de l'efficacité au travail, culpabilité, dépression, angoisse, insatisfaction au travail, stress, en sont quelques exemples¹²⁴.

Pour illustrer cela, nous prenons pour base les directives élaborées par le Conseil national des infirmières (CNI) de 2007 intitulées : « *Comment affronter la violence au travail* »¹²⁵. Ce Conseil a rassemblé cinq réactions généralement retrouvée chez des soignants confrontés à la violence. Comme nous l'avons démontré précédemment, la violence est une forme d'agressivité, même si elle n'en résulte pas dans toutes les situations. Nous nous permettons donc d'utiliser ce modèle.

¹²⁴ CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. *Directives : Comment affronter la violence au travail*. [en ligne].2007.
Adresse URL : http://www.anil.lu/image/directive_sur_la_violence_au_travail_presse15504377.pdf (Consultée le 10 juillet 2010).

¹²⁵ Ibid.

Chaque personne réagit selon plusieurs critères personnels et selon son environnement. Le CII les identifie au nombre de 4 : « *la personnalité, les mécanismes acquis (conscients ou inconscients), l'environnement physique et les attentes de la société (d'un point de vue culturel et professionnel)* »¹²⁶.

Les réactions faisant directement suite à la violence sont identifiées par le CII au nombre de cinq. Celles-ci sont retranscrites sur une échelle qui laisse visualiser des réactions qui vont du « passif » à l'« actif ». On y trouve, dans l'ordre croissant : l'acceptation, l'évitement, la défense verbale, la négociation et la défense physique. L'usage de la négociation et de la résolution se retrouve chez la majorité des infirmières interrogées et cela, tous services de soins confondus.

Malheureusement nombres de soignants considèrent que les conduites agressives font parties intégrantes de leur travail et les banalisent. Ainsi les statistiques faisant part des agressions en milieu hospitalier ne reflètent pas toujours la réalité du terrain. Selon le CII, beaucoup d'infirmières subissent passivement agressions et violences et ne les déclarent pas. Selon Gbézo (2005) « *de nombreuses études ont d'ailleurs révélé que beaucoup de cas d'agressions subies par les soignants sont dissimulés par la peur, peur de représailles, peur de paraître un mauvais professionnel devant ses collègues, peur de ternir l'image de l'établissement* »(p.27)¹²⁷. Une étude réalisée au Canada¹²⁸ montre que 30% des infirmières interrogées préfèrent ignorer les agressions dont elles sont victimes.

Une réaction tout à fait justifiable de la part d'un soignant se sentant menacé est d'adopter un comportement d'évitement avec l'agresseur potentiel. L'absentéisme, voire l'arrêt de travail, en sont également une conséquence à long terme. Le nombre de professionnels qualifiés diminue, le personnel présent se voit surchargé et contraint de pallier le manque de soignants. Tout

¹²⁶ CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. *Directives : Comment affronter la violence au travail*. [en ligne].2007. Adresse URL : http://www.anil.lu/image/directive_sur_la_violence_au_travail_presse15504377.pdf (Consultée le 10 juillet 2010).

¹²⁷ E.GBEZO, Bernard. *Les soignants face à la violence*. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.

¹²⁸ Manitoba Association of Registered Nurses. *Nurse Abuse Report*.1989, p.16. Tiré de : CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. *Directives : Comment affronter la violence au travail*. [en ligne].2007. Adresse URL : http://www.anil.lu/image/directive_sur_la_violence_au_travail_presse15504377.pdf. (Consultée le 10 juillet 2010).

cela se répercute bien évidemment sur la qualité des soins, sur le fonctionnement des institutions de santé, ainsi que sur les coûts de la santé. *« Les infirmières soumises à un grand stress et vulnérables connaissent un taux d'absentéisme et d'incapacité supérieur à celui de pratiquement toutes les autres professions. Cet état de fait perturbe les soins, complique la planification du travail et est très coûteux pour le système de santé »* (CII, 2007, p.12)¹²⁹.

Finalement, après l'agression, plusieurs réactions peuvent également être envisagées par les soignants. Dans son rapport, le CII en dénombre six. Il s'agit de¹³⁰ :

- **L'évitement** : ceci consiste à éviter le problème ou l'agresseur. Le problème n'est alors dans ce cas pas résolu.
- **Le déni** : ceci consiste à ne pas parler de l'événement traumatique. Le problème demeure également non résolu.
- **La discussion** : ceci consiste à se confier à l'équipe de santé, à sa famille et/ou ses amis. Il a été démontré que la discussion avec les membres de l'équipe de santé apporte plus de satisfaction en termes de solution de prévention d'actes violents que la discussion avec ses proches.
- **Le rapport** : ceci consiste à établir un rapport officiel sur l'événement. Il est estimé que seul un cas sur cinq est officiellement signalé. Peu d'infirmières s'y attèlent par manque de prise au sérieux et de soutien des employeurs qui, pour ne pas nuire à l'image de l'établissement, exercent de fortes pressions et les découragent dans leur projet.
- **Le conseil** : celui-ci a pour but d'assurer un suivi du soignant victime d'agression. Il vise à le soutenir, l'aider à accepter ce qui lui est arrivé,

¹²⁹ CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. *Directives : Comment affronter la violence au travail*. [en ligne].2007.
Adresse URL : http://www.anil.lu/image/directive_sur_la_violence_au_travail_presse15504377.pdf. (Consultée le 10 juillet 2010).

¹³⁰ Ibid.

à l'encourager à exprimer ses ressentis ainsi qu'à le conseiller sur certaines conduites à envisager pour la suite et sur ses droits légaux. Malheureusement ce genre de services est encore peu accessible.

- **Les poursuites judiciaires** : le recours à cette méthode est peu utilisé par la profession infirmière. Poursuivre un patient « *est souvent considéré comme indigne d'une bonne professionnelle et contraire à l'éthique* » (p.15). De plus, porter plainte contre un patient signifie qu'il est considéré comme responsable de ses actes, ce qui n'est pas le cas pour toutes les pathologies, notamment de la santé mentale.

3.3.8 Faire face à l'agressivité

De multiples moyens médicamenteux, physiques ou psychologiques peuvent être mis en œuvre pour faire face à l'agressivité. Comme nous l'avons vu précédemment, chaque personne réagit de façon différente face à un patient agressif et mobilise des savoirs pour gérer tant bien que mal la situation. Bien que chaque agression et chaque intervention soit particulière et ne puisse être résolue selon un protocole bien défini, il n'en demeure pas moins primordial de respecter quelques principes pour mener à bien toute intervention. L'employeur joue également un rôle bien précis. Il a comme devoir de protéger ses employés en leur permettant de travailler dans un environnement sécuritaire¹³¹.

3.3.9 Médicaments

Le recours à la médication peut être recommandé dans des situations d'agressivité. Il n'existe pas vraiment de médicaments permettant le traitement de l'agressivité, néanmoins selon Blumenreich, « les

¹³¹ CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. *Directives : Comment affronter la violence au travail*. [en ligne].2007.
Adresse URL : http://www.anil.lu/image/directive_sur_la_violence_au_travail_presse15504377.pdf (Consultée le 10 juillet 2010).

antipsychotiques et les anxiolytiques sont efficaces pour éliminer ou réduire la violence dans ses manifestations aiguës et chroniques »¹³².

De plus, il a été prouvé par des études expérimentales sur l'animal ainsi que sur des prisonniers, que l'administration de sels de lithium tend à faire diminuer l'agressivité d'un patient. Les anticonvulsivants et les neuroleptiques sédatifs sont également utilisés dans ce même but.

3.3.10 Principes généraux d'intervention¹³³

Pour intervenir en gardant un maximum de sécurité, quelques principes généraux sont nécessaires. Nous avons choisi de présenter ceux identifiés par Gbézo. Il s'agit de contrôler la situation, d'évaluer la personne à risque, de sécuriser l'environnement et de choisir un mode d'intervention adapté.

- Contrôler la situation

Le contrôle de la situation est primordial pour éviter les dérapages. Le but est de prendre du recul et de réfléchir à la stratégie la plus efficace pour sortir de la crise. Pour privilégier la réflexion sur un quelconque plan d'intervention, il est important de garder son calme avant d'intervenir et de s'arrêter quelques secondes. Il est également indispensable d'avoir le contrôle de ses gestes et paroles en adoptant une attitude et un ton de voix calme. En effet, la première impression que l'on donne peut être déterminante dans la suite des événements.

- Évaluer la personne à risque

Il s'agit à présent d'évaluer la personne que l'on a en face de nous et le potentiel de dangerosité de la situation. Pour cela, il faut être particulièrement attentif à l'état d'esprit du sujet, à son attitude (regard, paroles, ...) ainsi qu'à l'environnement qui nous entoure (objets dangereux, endroit isolé, présence de collègues à proximité). L'intervenant doit également être conscient de ses

¹³² LUTUMBA Ntetu [et al.]. Les agressions en milieu psychiatrique. Vécu et perceptions des intervenants du Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie. *Santé mentale au Québec*. 1999, vol.24, n°2, p.217-228.

¹³³ E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.p.84-87.

limites et savoir appeler à l'aide s'il ne se sent pas capable d'affronter la situation seul ou si le contexte ne s'y prête pas. Selon Michel Plante¹³⁴, il ne faut pas se sentir visé par les attaques verbales ou les gestes dirigés contre des objets et, si c'est le cas, il est préférable de laisser un collègue mener l'intervention à sa place.

- Sécuriser l'environnement

Comme mentionné précédemment, il est essentiel d'observer l'environnement physique et d'identifier les éventuels aspects pouvant augmenter la dangerosité. Pour cela, Gbézo (2005) propose quelques comportements à suivre pour favoriser la réussite de l'intervention. Dans un premier temps, il est important d'« *évaluer la sécurité des lieux* » (p.86)¹³⁵. Il s'agit d'observer les objets présents pouvant potentiellement être dangereux et servir à l'agresseur comme projectile ou lame coupante. De même, il est important de repérer la présence d'une sortie accessible, si la situation venait à dégénérer. Gbézo conseille également d'être attentif à l'individu et d'évaluer s'il est sous l'effet de quelconques drogues ou d'alcool, ou s'il développe des symptômes caractéristiques d'un trouble psychique. Il faut aussi être attentif à la position de chacun dans la pièce afin de ne pas bloquer le sujet dans un coin, lui laissant sous entendre une menace. Enfin, pour la réussite de l'intervention, il est recommandé d'interagir directement avec le sujet, en comité restreint, pour limiter les tensions et éviter une démonstration théâtrale de son comportement qui pourrait être favorisée par un trop grand public. Il est nécessaire de maintenir tout de même de l'aide à distance peu éloignée, prête à agir en cas d'urgence.

- Choisir un mode d'intervention adapté

Selon que l'agressivité est verbale ou physique, le mode d'intervention est différent. En effet, face à une personne démontrant de l'agressivité verbale, rien ne sert d'opter pour une intervention musclée. Cela pourrait provoquer une réponse violente et physique, ce qui n'est pas le but. De même, face à

¹³⁴ E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.p.84-87.

¹³⁵ Ibid.

une personne démontrant une réelle agressivité physique, le recours à la parole serait décalé, car la personne n'est pas en moyen d'écouter et d'intégrer ce qu'on lui dit. Ainsi, Gbézo (2005) stipule que, dans le cas d'agression verbale, « *nous devons privilégier l'approche psychologique au moyen de techniques d'intervention verbale* » (p.86)¹³⁶. Au contraire, une intervention plus corporelle est alors justifiée lorsque le patient passe à l'acte et démontre de l'agressivité physique.

Parmi les techniques d'intervention physique, nous trouvons entre autres la présence physique de renforts, la protection de soi et des autres, le contrôle physique, la contention mécanique et chimique, l'isolement, ... Ces techniques peuvent être appliquées dans les milieux de soins. Toutefois, les règles déontologiques et légales doivent être scrupuleusement respectées¹³⁷.

Les soignants et les proches confrontés à la violence et l'agressivité d'un patient peuvent se sentir dépassés. Plusieurs programmes ont ainsi été mis sur pied, notamment dans le monde de la psychiatrie, pour apprendre aux soignants ainsi qu'aux proches à gérer et prévenir le comportement agressif d'un patient. Pour exemple, au Canada, la formation ICARE¹³⁸a pour objectif de « *fournir les outils et les ressources nécessaires à la gestion et à la prévention des comportements agressifs à la maison et ainsi favoriser le maintien à domicile* » (Tassé, 1999, p.102)¹³⁹. De même, le programme IPPNA¹⁴⁰ proposé au Pavillon Roland-Saucier au Québec enseigne « *une série de principes et de techniques permettant de reconnaître et de désamorcer de manière non abusive des situations menaçant la sécurité des bénéficiaires et des intervenants* » (Lutumba, 1999, p.221)¹⁴¹.

¹³⁶ E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.

¹³⁷ Ibid, p.87.

¹³⁸ Intervention pour comportement agressifs en résidence/réadaptation.

¹³⁹ TASSÉ, Marc [et al.] Formation ICARE (Intervention pour comportements agressifs en résidence/réadaptation) pour parents d'adolescents présentant une déficience intellectuelle et des comportements agressifs. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*. 1999, vol10, n°2, p.101-108.

¹⁴⁰ Intervention Psychologique et Physique Non Abusive.

¹⁴¹ LUTUMBA Ntetu [et al.]. Les agressions en milieu psychiatrique. Vécu et perceptions des intervenants du Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie. *Santé mentale au Québec*. 1999, vol.24, n°2, p.217-228.

3.3.11 L'aspect légal

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'employeur a comme obligation légale de protéger ses employés. Ceci est stipulé par la loi dans divers articles. D'abord, selon l'Article 328 du code des obligations¹⁴², *« l'employeur prend, pour protéger la vie, la santé et l'intégrité personnelle du travailleur, les mesures commandées par l'expérience, applicables en l'état de la technique, et adaptées aux conditions de l'exploitation ou du ménage, dans la mesure où les rapports de travail et la nature du travail permettent équitablement de l'exiger de lui »*. Ensuite, selon l'Article 6 de la loi sur le travail¹⁴³, *« pour protéger la santé des travailleurs, l'employeur est tenu de prendre toutes les mesures dont l'expérience a démontré la nécessité, que l'état de la technique permet d'appliquer et qui sont adaptées aux conditions d'exploitation de l'entreprise. Il doit en outre prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger l'intégrité personnelle des travailleurs »*.

Le soignant et son employeur ne sont pas les seuls à avoir des droits et des devoirs. Le patient, lui aussi, bénéficie de droits bien précis qui sont détaillés dans ce que l'on nomme les « *Droits des patients* »¹⁴⁴. Un des points importants de ce recueil nous intéresse tout particulièrement, car il aborde les mesures de contraintes. En effet, dans certaines situations d'agressivité d'un patient, la mise en place de mesures de contrainte médicamenteuses ou physiques peuvent être discutées.

3.3.12 Les mesures de contrainte : point de vue médico-éthique

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les mesures de contrainte, qu'elles soient médicamenteuses ou physiques, peuvent être utilisées dans certaines situations, mais cela en regard de bases légales et éthiques bien précises.

¹⁴² CONFÉDÉRATION SUISSE. RS 220 *Loi fédérale complétant le Code civil suisse* [en ligne] 2010. Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/220/a328.html> (Consultée le 30 octobre 2010).

¹⁴³ CONFÉDÉRATION SUISSE. RS 822.11 *Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce*, [en ligne] 2008. Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/822.11.fr.pdf> (Consultée le 30 octobre 2010).

¹⁴⁴ SANIMÉDIA. *Les droits des patients dans les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud*, [en ligne] 2010. Adresse URL : http://www.sanimedia.ch/content/droits_des_patients/ddp_mesures_contraintes.htm (Consultée le 30 octobre 2010).

Pour mieux en comprendre les tenants et les aboutissants en relation avec notre pays, nous allons nous intéresser aux directives médico-éthiques de l'ASSM¹⁴⁵, parues dans le Bulletin des médecins suisses en 2005¹⁴⁶.

L'ASSM (2005) définit les mesures de contrainte comme suit : « *toute intervention allant à l'encontre de la volonté déclarée du patient ou suscitant sa résistance, ou, si le patient n'est pas capable de communiquer, allant à l'encontre de sa volonté présumée* » (p.2047)¹⁴⁷. Celle-ci sépare encore ces mesures en deux autres sous catégories¹⁴⁸ : l'entrave à la liberté et le traitement sous contrainte. Le premier terme est utilisé pour définir les restrictions à la liberté de mouvement, comme dans le cas d'une hospitalisation en établissement clos, des contentions et de l'isolement. On parle de traitement sous contrainte lorsque l'action entreprise va à l'encontre de la liberté du patient, et qu'il y a atteinte à son intégrité physique, comme dans le cas de l'administration forcée d'un médicament.

Par ces définitions, nous comprenons donc clairement que les mesures de contrainte portent atteinte à certains droits fondamentaux de la Constitution Suisse, à savoir, le droit à la liberté personnelle, à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement.¹⁴⁹ Ces mesures devraient donc être acceptées à l'unique condition qu'elles « *reposent sur une base légale et sont dans l'intérêt public prépondérant ou motivées par la protection de droits fondamentaux de tiers.* ». Or, en Suisse, chaque canton, par sa législation propre, détermine les conditions dans lesquelles les mesures de contraintes peuvent être utilisées. Il n'y a pas de réglementation fédérale concernant les mesures de contraintes au niveau fédéral. En ce qui concerne le Valais, nous nous référons par conséquent aux Droits des Patients. Ceux-ci mentionnent que: « *par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients est*

¹⁴⁵ Académie Suisse des Sciences Médicales.

¹⁴⁶ VALLOTTON, Michel [et al.]. Mesures de contrainte en médecine. Directives médico-éthiques de l'ASSM. *Bulletin des médecins suisses*[en ligne]. 2005, no 35, p. 2046-2054.

Adresse URL : www.samw.ch/dms/fr/.../zwangsmassnahmen_f_05.pdf (consultée le 30 octobre 2010)

¹⁴⁷ Ibid.

¹⁴⁸ Ibid, p. 2047.

¹⁴⁹ Ibid.

interdite»¹⁵⁰, qu'elle soit physique ou chimique. Cependant, il existe des situations pour lesquelles des moyens de contention peuvent être mis en place exceptionnellement, mais ceci après réflexion du corps médical et dans le seul cas où le patient court le risque de mettre en danger sa santé, sa vie et/ou celles des autres.

Le fait d'imposer des mesures de contrainte à un patient entre également en conflit avec certains principes de l'éthique médicale et soignante, à savoir les principes de Bienfaisance, de Non-malfaisance et d'Autonomie ainsi que le devoir d'obtenir le consentement du patient avant toute démarche médicale. Les mesures de contrainte doivent donc faire l'objet de réflexion avant d'être mise en œuvre et doivent rester de l'ordre de l'exception¹⁵¹. Tout soignant devant prendre la décision d'instaurer des mesures de contrainte devrait se trouver inmanquablement face à un questionnement éthique et devrait réfléchir au bienfondé de telles interventions. Par des directives médico-éthiques, l'ASSM essaie de donner aux professionnels de la santé, une aide pour agir de manière réfléchie et éclairée.

Un des principes sous tendu par l'ASSM dans ses directives est le principe de proportionnalité¹⁵². Celui-ci stipule que toute mesure de contrainte doit, tout d'abord, être indispensable, ensuite être « *proportionnelle au degré de danger encouru* », et enfin qu'elle ne peut pas « *être remplacée par des mesures moins radicales* ». La mise en œuvre de mesure de contrainte n'est pas sans répercussions. En effet, les risques de répercussions physiques, par exemple en lien avec une immobilisation forcée par des moyens mécaniques ou médicamenteux (escarres, thromboses, plaies, ...), ainsi que ceux de répercussion psychiques (humiliation, injustice, ...) ne sont pas à négliger. Le profit d'une telle mesure doit prédominer sur les dégâts qu'elle peut provoquer sur la personne, tant d'un point de vue physique que psychique. Il est donc essentiel d' « *évaluer si le bénéfice (personnel et*

¹⁵⁰ SANIMÉDIA. Les droits des patients dans les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud [en ligne] 2010. Adresse URL : http://www.sanimedia.ch/content/droits_des_patients/ddp_mesures_contraintes.htm (Consultée le 30 octobre 2010).

¹⁵¹ VALLOTTON, Michel [et al.]. Mesures de contrainte en médecine. Directives médico-éthiques de l'ASSM. *Bulletin des médecins suisses*[en ligne]. 2005, no 35, p. 2046.

Adresse URL : www.samw.ch/dms/fr/.../zwangsmassnahmen_f_05.pdf (consultée le 30.10.10).

¹⁵² Ibid, p.2047.

social) qu'on peut attendre de la mesure prime nettement sur l'atteinte qu'elle peut porter au patient ou si ses conséquences sont moins graves que celles d'une autre mesure qui, à défaut s'imposerait » (ASSM, 2005, p.2047)¹⁵³. Il convient d'ajouter que la durée du maintien de la mesure doit être également adaptée aux circonstances et que chaque mesure doit être réversible à tout moment.

Selon un second principe de l'ASSM, pour instaurer une mesure de contrainte tout un processus décisionnel¹⁵⁴ doit être suivi. Dans un premier temps, il est nécessaire d'avoir épuisé toute autre option thérapeutique avant de prendre la décision d'utiliser une mesure de contrainte. Ensuite, cet acte ne peut être réalisé que sur ordre médical, sauf dans le cas de situation d'urgence où les soignants peuvent prendre le devant (tout en en discutant si possible avec les autres membres de l'équipe). Une trace écrite de ce processus doit apparaître.

La nécessité de la mise en place de mesures de contrainte doit être sans cesse réévaluée en fonction de l'évolution de la situation. Dans les situations non urgentes où le patient est en capacité de discernement, le médecin a le devoir de l'informer sur la mise en place de telles mesures. Dans les autres cas, les informations doivent lui être données dès lors qu'il sera en mesure de les recevoir et qu'il aura retrouvé sa capacité de discernement. Les personnes de la famille et les proches de confiance doivent également être informés.

Selon l'ASSM¹⁵⁵, en milieu hospitalier, hors situation d'urgence, lorsqu'un patient est en incapacité de discernement, ces mesures doivent être clairement intégrées dans le plan de traitement, et le représentant thérapeutique légal doit en être informé. Lors de toute situation d'urgence, le médecin détient le droit d'agir en conséquence, si tant est que le patient est

¹⁵³ Ibid.

¹⁵⁴ VALLOTTON, Michel [et al.]. Mesures de contrainte en médecine. Directives médico-éthiques de l'ASSM. *Bulletin des médecins suisses*[en ligne]. 2005, no 35, p. 2049.

Adresse URL : www.samw.ch/dms/fr/.../zwangsmassnahmen_f_05.pdf (consultée le 30 octobre 2010).

¹⁵⁵ Ibid.

en incapacité de discernement et que son comportement peut entraîner une mise en danger de lui-même ou d'autrui.

Il est aussi important de noter les recommandations concernant le domaine de la psychiatrie, car nous pensons que certaines situations d'agressivité dans le cadre de maladies mentales peuvent être reliées avec l'agressivité post-TCC. En effet, dans les deux cas la maladie peut amener un comportement de mise en danger de soi ou d'autrui. Selon l'ASSM (2005), « *les mesures de contraintes motivées par une mise en danger de soi ne sont admises qu'en cas d'incapacité de discernement* » (p.2051)¹⁵⁶. Dans le cas de mise en danger d'autrui, « *une intervention médicale allant contre la volonté de la personne concernée suppose que la cause du comportement dangereux pour autrui réside dans un trouble psychique et que le danger est élevé* » (ASSM, 2005, p.2051)¹⁵⁷.

Enfin, la mise en œuvre elle-même des mesures de contrainte est une démarche claire et précise déterminée par les membres de l'équipe soignante¹⁵⁸. Toute forme d'agressivité inappropriée à l'égard du patient doit être proscrite et il incombe à l'équipe de prendre « *toutes les mesures pouvant contribuer à la désescalade de la situation* » (ASSM, 2005, p.2052)¹⁵⁹. De plus, il s'agit sans cesse de rester dans une optique de nécessité et de respect des droits fondamentaux. Ainsi « *sont interdits les actes inutilement douloureux ou entravant la liberté personnelle, notamment la liberté de mouvement, dans une mesure supérieure à ce qui est absolument nécessaire* » (ASSM, 2005, p.2052)¹⁶⁰. Il est indispensable de toujours réfléchir au but fondamental pour lequel des mesures de contrainte sont prises. Celles-ci peuvent être légitimées dans des situations de protection d'autrui et du patient lui-même, ainsi que pour sa survie (par exemple, lors de traitement indispensable au maintien des fonctions vitales,

¹⁵⁶ VALLOTTON, Michel [et al.]. Mesures de contrainte en médecine. Directives médico-éthiques de l'ASSM. *Bulletin des médecins suisses*[en ligne]. 2005, no 35, p. 2046-2054.

Adresse URL : www.samw.ch/dms/fr/.../zwangsmassnahmen_f_05.pdf (consultée le 30 octobre 2010).

¹⁵⁷ Ibid, p.2059.

¹⁵⁸ Ibid, p.2052.

¹⁵⁹ Ibid.

¹⁶⁰ Ibid.

mais refusé par le patient). Toutefois, il est strictement interdit de s'en servir pour punir ou discipliner le patient¹⁶¹.

La situation et la nécessité du maintien de ces mesures doivent être régulièrement réévaluées. Dès l'instauration, il convient de fixer les moments où sera faite cette réévaluation, dans le but de ne pas maintenir les mesures de contraintes si cela n'est pas totalement indispensable. Selon l'ASSM (2005) « *ce réexamen devra avoir lieu le plus souvent possible, par exemple toutes les heures en cas d'isolement ou de contention* » (p.2053)¹⁶².

Comme dit précédemment, ces mesures doivent laisser une trace écrite et donc apparaître dans le dossier infirmier et médical du patient avec les renseignements suivants : « *motifs et base légale éventuelle de la mesure, type, durée et moment de la contrainte exercée, personnes responsables de la prescription et de la mise en œuvre, contrôles effectués, information donnée* » (ASSM, 2005, p.2053)¹⁶³.

Pour terminer, toute institution de santé a le devoir de réunir les conditions, tant en personnel qu'institutionnelles, pour utiliser le moins possible les mesures de contrainte. Dans le domaine de la psychiatrie et de la gériatrie notamment où celles-ci sont constamment débattues, un personnel suffisant, formé et connaisseur de ces directives et des bases juridiques est essentiel¹⁶⁴. Pour cela, « *des formations et supervisions sur le thème de la désescalade et de la gestion des mesures de contrainte et de la violence doivent être proposées* » (ASSM, 2005, p.2054)¹⁶⁵.

¹⁶¹ Ibid.

¹⁶² VALLOTTON, Michel [et al.]. Mesures de contrainte en médecine. Directives médico-éthiques de l'ASSM. *Bulletin des médecins suisses*[en ligne]. 2005, no 35, p. 2046-2054.

Adresse URL : www.samw.ch/dms/fr/.../zwangsmassnahmen_f_05.pdf (consultée le 30 octobre 2010).

¹⁶³ Ibid, p.2053.

¹⁶⁴ Ibid, p.2054.

¹⁶⁵ Ibid.

4. Méthodologie

4.1 Méthode qualitative

Par ce travail, nous nous situons dans une recherche qualitative de type exploratoire. Comme expliqué par Loisel (2007), « *la recherche exploratoire a pour point de départ un phénomène qui présente de l'intérêt, mais elle va au-delà de la description et s'efforce d'analyser la véritable nature du phénomène et des facteurs auxquels ce phénomène est lié* » (p.23)¹⁶⁶. De plus, nous réalisons notre étude sous l'aspect phénoménologique. Selon Loisel (2007), par ce type d'approche, « *les chercheuses essaient d'en savoir plus sur les expériences de vie des individus et sur la signification que ceux-ci y accordent* » (p. 58)¹⁶⁷. En effet, notre but est d'explorer, de comprendre et d'analyser les expériences vécues des participants face à la problématique de l'agressivité chez un patient souffrant d'un TCC.

De surcroît, vu le thème de notre recherche, nous avons trouvé essentiel de prendre en compte les autres professionnels gravitant autour du client. En effet, dans le milieu de la réadaptation, une prise en charge interdisciplinaire est primordiale pour aboutir aux objectifs du patient. C'est pourquoi nous conduisons notre recherche auprès de deux populations qui travaillent au sein de la même clinique : cinq infirmiers/ières et cinq thérapeutes.

4.2 Technique de récolte de données

4.2.1 Entretiens semi-directifs

Comme outils d'investigation, nous avons utilisé des entretiens semi-directifs. Ceci signifie que nous avons préparé des questions ouvertes à poser aux participants ainsi que des questions de relance pour enrichir le contenu. Nous avons également posé des questions fermées, tout en demandant aux

¹⁶⁶ LOISEL, Carmen G., PROFETTO-McGrath, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmière. Approches quantitatives et qualitatives*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. Québec : Polit et Beck, 2007. 591p. ISBN : 978-2-7613-1868-6.

¹⁶⁷ Ibid, p.58.

personnes d'argumenter leurs réponses. Ainsi, par cette méthode, chaque personne a eu la possibilité de s'exprimer pleinement, tout en gardant un cadre.

4.2.2 Avantages

Un des avantages des entretiens semi-directifs réside dans le fait que chaque individu peut avoir une plus grande liberté d'expression que si nous avons choisi la méthode des questionnaires écrits. En effet, ce type d'entretien nous a permis de guider la personne, de lui demander des précisions et clarifications au moyen de questions de relance. De ce fait, nous avons pu enrichir notre recueil de données.

Un autre avantage demeure dans le fait que les entretiens semi-directifs ont permis d'accéder au vécu réel de chaque participant ainsi qu'à leur ressenti.

4.2.3 Limites

Pour notre part, la réalisation des entretiens semi-directifs était une toute première expérience. Notre manque de pratique dans ce domaine, s'est manifesté par une appréhension à mener ces interviews auprès de ces multiples professionnels.

Nous avons constaté que lors des entretiens réels, certaines de nos questions n'étaient pas suffisamment explicites, malgré les réajustements élaborés grâce aux pré-tests¹⁶⁸. Ceci, nous a amené à reformuler nos questions et à diriger les participants aux moyens de relances, ce qui a été quelque peu difficile pour nous, vu notre manque d'expérience, car nous ne devions pas influencer les réponses. De plus, malgré cela, nous nous sommes rendu compte lors de l'analyse des propos recueillis, que certains aspects auraient mérité davantage d'approfondissement et d'exemples

¹⁶⁸ Ceux-ci seront décrits dans la section 4.3.1.

concrets de la part des professionnels. Or, dans le feu de l'action, nous ne nous en étions pas aperçues.

Trois facteurs¹⁶⁹ peuvent entrer en matière quant au bon déroulement des entrevues semi-structurées. Il s'agit des :

- **Facteurs matériels** comprenant le lieu, le temps à disposition, et l'enregistrement de l'entretien.

Concernant le lieu, à quelques reprises, nous avons été interrompues par des éléments externes qui ont quelque peu coupé le fil conducteur de notre entretien.

Le facteur temps ne nous a pas posé de problèmes particuliers si ce n'est que certains entretiens ont excédé le temps que nous avions prévu, à savoir environ 45 minutes.

Pour finir, en ce qui concerne l'enregistrement avec le dictaphone, nous avons constaté, lors des retranscriptions, qu'à certains moments l'interview a été légèrement perturbée par des bruits sonores extérieurs. Toutefois ceci n'a pas mis en péril la retranscription exacte des paroles des participants.

- **Facteurs liés à l'enquêteur** comprenant entre autre les relances qui influencent les réponses, l'expression non verbale, ainsi que nos compétences d'enquêtrices.

Nous pensons, étant donné notre inexpérience dans le domaine de la recherche, que nous avons pu, bien malgré nous, influencer certaines réponses, par nos relances ainsi que par notre attitude. Nous prenons donc en compte que ceci a pu biaiser quelque peu notre étude.

¹⁶⁹ Ces facteurs sont tirés du document suivant : Responsable du module : SCHOEPP, C. *Entretiens et recherches en soins infirmiers*. Cours du module 2808. Travail de Bachelor – Elaboration du projet. Filière soins infirmiers : Sion, Février 2010.

- **Facteurs liés à l'enquête** comprenant entre autre l'expression verbale et non verbale, l'impact psychologique et les connaissances du thème.

Tout d'abord, nous avons parfois ressenti quelques réticences de la part des participants à exprimer leurs pensées et expériences. Ceci étant verbalisé par leur devoir de garantir le secret professionnel.

De plus, certaines personnes ont trouvé éprouvant de raconter à des inconnues leurs expériences et ont été quelque peu mises mal à l'aise avec certaines de nos questions, car nous entrons dans leur intimité émotionnelle.

4.3 Construction de l'outil

Nous avons décidé de créer une grille d'entretien identique, comportant toutefois des adaptations en fonction de la discipline du professionnel interrogé, ceci dans l'optique de pouvoir, dans un deuxième temps, mettre en commun les données recueillies par chacune de nous deux.

Notre grille d'entretien¹⁷⁰ contient notre hypothèse et nos objectifs de recherche, en regard desquels nous avons formulé les questions principales et leurs relances, dans le but d'englober notre problématique. Nous avons également posé des questions d'ordre plus personnel, pour avoir en quelque sorte une photographie de la personne interrogée (années de pratique, profession, choix de travailler dans cette unité, ...). Cette grille d'entretien a constitué un fil rouge pour mener nos interviews. Nous avons construit deux grilles quasiment similaire, mais avec tout de même quelques différences pour qu'elles soient adaptées aux populations que nous interrogeons.

¹⁷⁰ Annexe 5.

4.3.1 Pré-tests

Nous avons réalisé des pré-tests dans le but d'expérimenter nos questionnaires et de procéder à d'éventuels réajustements. Ainsi, nous avons recherché des professionnels correspondant aux critères définis pour notre étude, mais ne faisant pas partie de notre échantillon.

Nous avons donc pris contact avec une infirmière travaillant en neurochirurgie, ainsi qu'avec une infirmière ayant une grande expérience notamment dans le domaine qui nous intéressait.

Pour vérifier notre grille d'entretien, nous avons également rencontré un physiothérapeute qui collabore avec des personnes cérébro-lésées, afin de remanier et d'adapter nos questions aux professionnels de l'équipe interdisciplinaire.

Ainsi, au terme de ces pré-tests, nous avons dû quelque peu réajuster notre grille d'entretien en éliminant ou réadaptant certaines questions dont le sens était similaire ainsi qu'en reformulant certaines qui n'avaient pas été clairement comprises.

4.3.2 Déroulement des entretiens

Nous avons réalisé nos entretiens durant le mois de novembre 2010, en l'espace de deux semaines. Nous nous sommes adaptées aux disponibilités des professionnels et avons ainsi mené la plupart de nos entretiens en fin de journée, hors du temps de travail, sauf dans un cas où nous avons dû placer l'entrevue sur le temps de midi.

Une semaine avant de débiter les entretiens, nous avons communiqué à chaque professionnel une lettre d'information concernant les buts et les conditions de notre recherche. Chaque personne a également été informée de la durée prévue pour l'entretien, soit 45 minutes.

La plupart des entretiens ont eu lieu dans des lieux calmes, à l'abri du bruit et du passage d'autres personnes. Ceux des infirmier-ères se sont déroulés directement dans le service de neuroréadaptation, dans une salle de colloque, hormis un qui a eu lieu dans le fumoir. En ce qui concerne ceux menés auprès de l'équipe interdisciplinaire, ils ont été réalisés dans diverses salles ou bureaux de la clinique.

Avant de débiter chaque entretien, nous avons proposé de relire la lettre d'information¹⁷¹. De plus, nous avons demandé si les personnes souhaitaient avoir d'autres renseignements et si elles avaient des questions en lien avec notre recherche ou avec le déroulement de l'entretien. Suite à cela, nous leur avons fait signer un formulaire de consentement éclairé¹⁷².

Nous avons mené chaque entretien en nous servant de notre grille. Toutefois, nous avons adapté l'ordre de nos questions et des relances aux réponses données par le professionnel, pour garder un aspect de discussion naturelle.

La totalité des entretiens a été enregistrée au moyen d'un dictaphone, dans le but de procéder à une retranscription exacte des propos. Ceci a été fait avec l'accord explicite des participants, même si au premier abord, quelques uns ne se sentaient pas forcément très à l'aise avec cette méthode. Toutefois, cet élément a rapidement été apprivoisé et n'a pas posé de problème quant au bon déroulement de l'entretien.

4.4 Échantillon

4.4.1 Type et taille de l'échantillon

Pour trouver les participants à notre étude, nous nous sommes basées sur un type d'échantillonnage qualitatif, à savoir, l'échantillonnage par choix

¹⁷¹ Annexe 1.

¹⁷² Annexe 2.

raisonné¹⁷³. Celui-ci consiste à « *sélectionner un à un les cas ou les types de cas qui correspondent le mieux aux besoins en matière d'information* » (Loiselle, 2007, p.277)¹⁷⁴. Plus précisément, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage par critère. Cette méthode repose sur « *une sélection de cas correspondants à des critères d'importance prédéterminé* » (Loiselle, 2007, p.277).

Dans ce but, nous avons collaboré avec l'ICUS¹⁷⁵ du service de neuroréadaptation, à laquelle nous avons transmis les critères de sélection pour notre recherche¹⁷⁶. En tenant compte des disponibilités de chacun et des critères prédéfinis, celle-ci nous a communiqué les noms des personnes qu'elle proposait au niveau infirmier, ainsi qu'au niveau de l'équipe interdisciplinaire.

Notre échantillon final contient donc cinq professionnels infirmiers, et cinq professionnels de l'équipe interdisciplinaire dont trois physiothérapeutes et deux neuropsychologues, tous travaillant dans la même institution. Les cinq professionnels de l'équipe interdisciplinaire ont été interrogés par moi-même, alors que Florence a mené les interviews auprès du personnel infirmier.

4.4.2 Les critères de sélection de la population

Comme mentionné ci-dessus, nous avons établis des critères pour sélectionner les participants à notre étude.

Le premier critère était celui de la profession. Comme nous voulions comprendre la gestion de l'agressivité de personnes cérébro-lésées, nous avons demandé cinq infirmiers/infirmières et cinq personnes de l'équipe interdisciplinaire.

¹⁷³ LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGrath, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmière. Approches quantitatives et qualitatives*. Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. Québec : Polit et Beck, 2007. 591p. ISBN : 978-2-7613-1868-6. P.276-277.

¹⁷⁴ Ibid, p.277.

¹⁷⁵ Les abréviations ICUS signifient : Infirmière Cheffe d'Unité de Service.

¹⁷⁶ Ceux-ci sont développés dans la section 4.4.2.

Le deuxième critère concernait celui des années de pratiques. En effet, il était important pour que le soignant ait de l'expérience (minimum deux ans) dans le domaine de la neuroréadaptation, notamment avec des personnes atteintes d'un traumatisme crânio-cérébral.

Finalement, il était indispensable que les personnes aient déjà été confrontées à des situations d'agressivité avec des patients souffrant d'un TCC.

4.4.3 Avantages et limites

Nos entretiens exploratoires ayant déjà été réalisés auprès de l'infirmier chef de la clinique, de l'ICUS du service de réadaptation neurologique ainsi qu'auprès de l'infirmière clinicienne, nous avons établi un premier contact positif quant à la réalisation de notre étude sur ce terrain. Nous avons eu face à nous des personnes très motivées, qui nous ont encouragées et qui nous ont permis de poursuivre ce travail au sein de leur équipe.

Ce bon contact initial nous a facilité la planification et la réalisation des entretiens qui ont ainsi pu se dérouler dans de bonnes conditions.

La taille restreinte de notre échantillon ne peut être représentative à une échelle plus grande. Ainsi, nous sommes conscientes que le seuil de saturation des données n'a pas été atteint. En effet, il est envisageable que l'interrogation d'un plus grand nombre de soignants amènerait de nouveaux éléments à analyser, d'autres points de vue et expériences qui viendraient enrichir notre recherche.

Initialement nous aurions aimé mener des entretiens auprès d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute, d'un neuropsychologue, d'un logopédiste, et d'un assistant social. Cependant, pour des raisons de disponibilités et d'organisation institutionnelle, nous n'avons pu interroger que trois personnes de disciplines différentes concernant le domaine de l'interdisciplinarité.

Les points de vue des diverses professions questionnées étant pour certaines questions passablement différents, nous nous sommes rendu compte qu'il aurait été préférable d'interroger le même nombre de personnes dans chaque discipline choisie pour pouvoir réellement comparer les résultats obtenus. Ceci nous aurait également permis d'avoir une vue d'ensemble et de mieux comprendre de manière plus approfondie les tenants et aboutissants du phénomène pour chacune des professions de l'équipe interdisciplinaire.

4.5 Aspects éthiques

Pour réaliser une recherche scientifique et être solvable, il est indispensable de nous préoccuper de l'aspect éthique. Nous nous devons de respecter les principes éthiques de notre profession infirmière, dont le but principal est de protéger les participants et de respecter leur dignité.

Tout au long de notre travail, nous sommes engagées à mettre en application les principes éthiques suivants, établis par l'ASI¹⁷⁷ : l'autonomie, la véracité, la fidélité, la confidentialité, la bienfaisance/non malfaisance, la justice.

Voici comment nous les avons intégrés à notre démarche :

4.5.1 Autonomie

Toutes les personnes que nous avons interrogées, ont participé à notre recherche volontairement. Avant d'entreprendre les entretiens, nous les avons éclairées sur les but de notre étude au moyen d'une lettre d'information¹⁷⁸, afin qu'elles puissent choisir de participer ou non à notre démarche, en toute connaissance de cause. Par la suite, nous leur avons également demandé de signer un formulaire de consentement éclairé¹⁷⁹.

¹⁷⁷ Tirés de : KESSELRING, Annemarie [et al.]. *Les infirmières et la recherche : principes éthiques*. Berne : Secrétariat central ASI, 1998. 25p. et ALLIN-PFISTER, Anne-Claude. *Travail de fin d'études, Clés et repères*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2004.

¹⁷⁸ Annexe 1.

¹⁷⁹ Annexe 2.

Enfin, nous les avons informées sur leur droit de se retirer à tout moment de notre recherche et cela sans avoir à se justifier.

4.5.2 Véracité

Chaque personne a reçu des informations claires et précises quant à notre recherche, ceci par le biais d'une lettre d'information et par nos explications. Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits avec soin pour éviter toute déformation des propos. Nous nous sommes engagées à ne pas induire en erreur ou tromper les personnes que nous avons questionnées.

4.5.3 Fidélité

Nous nous sommes engagées à tenir toute promesse faite aux participants. Ceci a été valable tout au long de notre travail.

4.5.4 Confidentialité

Nous nous sommes engagées à respecter entièrement l'anonymat des personnes. Aucune notion permettant de reconnaître l'identité de la personne interrogée n'a été divulguée dans notre travail. Les données recueillies ont été analysées de manière confidentielles. Les enregistrements des entretiens ont été détruits après leur retranscription.

4.5.5 Faire le bien / ne pas nuire

Cette étude a été réalisée dans le but de comprendre le phénomène de l'agressivité dans un milieu de soins précis et d'amener éventuellement quelques recommandations pour les professionnels, afin d'optimiser la prise en soins des patients souffrant de TCC. Celle-ci n'avait en aucun cas pour but de porter préjudice aux professionnels de ce service de soins en critiquant leur manière d'agir habituelle. Tout au long de notre démarche, nous avons été attentives à respecter l'équilibre entre les bénéfices et les risques de la participation à l'étude. Chaque personne a été libre dans son

choix de participer ou non à notre démarche, ainsi que de se retirer à tout moment si elle le désirait. Les données confidentielles ont été protégées par le secret. Les données recueillies ont été utilisées seulement dans le cadre de notre Travail de Bachelor.

4.5.6 Justice

Par souci d'équité, le choix de la population interrogée a été conduit par l'ICUS du service selon des critères d'inclusion bien précis.

Nous avons essayé d'être le plus transparentes possible dans notre démarche en décrivant clairement les diverses étapes de celle-ci.

Nous avons respecté les droits des auteurs dont nous avons emprunté les propos ou les idées, en explicitant à chaque fois la référence complète de leur provenance.

5. Analyse

5.1 Description de la technique d'analyse

Avant d'aller plus loin, nous souhaitons exposer la trame que nous avons suivie pour construire nos analyses personnelles. Nous avons choisi d'utiliser la même méthode d'analyse pour garder un même fil rouge et ainsi pouvoir, dans un deuxième temps, mettre en commun nos résultats respectifs. Quelques différences peuvent toutefois être observées dans la dénomination des thèmes et sous-thèmes étant donné la différence de profession des populations interrogées.

Je vous propose ci-dessous, un tableau dans lequel je fais émerger les thèmes et sous-thèmes principaux qui constituent la trame de mon analyse. Ceux-ci sont mis en regard de nos objectifs spécifiques de recherche. Les objectifs de recherche étant communs à ma collègue et à moi-même, je tiens à spécifier que mon analyse porte exclusivement sur les propos des thérapeutes et non sur ceux des infirmiers.

Thèmes	Sous-thèmes	Objectifs spécifiques
L'agressivité perçue par les thérapeutes		Identifier la perception qu'ont les professionnels de l'équipe interdisciplinaire et infirmière de l'agressivité d'un patient ayant subi un TCC.
Gestion de l'agressivité par l'équipe interdisciplinaire	<i>Réactions et comportements mis en place par les thérapeutes</i>	Identifier les moyens mis à disposition par l'institution pour permettre la gestion de l'agressivité.

	<i>La collaboration interdisciplinaire</i>	Identifier les attitudes et les comportements des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire et infirmière dans la gestion d'un client ayant subi un TCC et présentant un comportement agressif et les mettre en commun.
Ressenti des thérapeutes		Explorer le ressenti des divers acteurs de l'équipe interdisciplinaire et infirmière confrontés au un comportement agressif d'un patient post TCC.
Les thérapeutes et la contention	<i>Vision des thérapeutes sur l'aspect légal et éthique</i> <i>Perception et ressenti des thérapeutes face aux mesures de contraintes</i> <i>Mise en pratique des mesures de contention</i>	Identifier les connaissances de l'infirmière et de l'équipe interdisciplinaire concernant l'aspect légal et éthique en lien avec les mesures de contention ainsi que la perception qu'ils ont de ces mesures et leur mise en pratique dans l'institution.
Le rôle de la formation		Comprendre le rôle de la formation dans la prise en charge de l'agressivité

Et après l'agression...		
------------------------------------	--	--

Après avoir retranscrit mot-à-mot tous les entretiens, nous nous sommes servies de ce tableau pour classer et ordonner les informations essentielles recueillies auprès des participants.

Notre analyse est construite ainsi : tout d'abord, nous allons analyser personnellement, de manière descriptive, les données obtenues, en les mettant en regard de notre cadre théorique ou d'autres éléments issus de la littérature. Puis, nous en ferons une synthèse. Ensuite, nous allons procéder à la mise en commun des résultats obtenus. Pour finir, chacune d'entre nous va s'atteler de manière indépendante à la vérification de l'hypothèse de recherche.

5.2 Analyse

5.2.1 Thème 1 : L'agressivité perçue par les thérapeutes

Cette première partie de l'analyse est corrélée aux premières questions que j'ai posées lors de mes entretiens touchant les représentations de l'agressivité. Le but de mon Travail de Bachelor étant de comprendre comment les professionnels de l'équipe interdisciplinaire appréhendent les situations d'agressivité en lien avec une personne souffrant de TCC, il me paraissait évident de devoir, avant d'aller plus loin, approcher leurs conceptions propres de l'agressivité en général, ainsi que leur perception de l'agressivité chez une clientèle ayant subi un TCC. Cette partie répond à l'objectif de recherche : « *Identifier la perception qu'ont les professionnels de l'équipe interdisciplinaire et infirmière de l'agressivité d'un patient ayant subi un TCC* ».

En ce qui concerne leur représentation générale de l'agressivité, les professionnels sont unanimes et expriment tous les termes de violence verbale ou physique. Une physiothérapeute rajoute que « *cette agressivité peut être dirigée contre l'environnement, contre moi-même, thérapeute, contre les personnes extérieures ou contre le patient lui-même* ». Je peux ainsi constater qu'aucune nuance n'est faite entre le terme de violence et celui d'agressivité. Pour les personnes que j'ai interrogées, ces deux notions ont la même signification. Or, si l'on suit certains auteurs comme E. Gbézo (2005), que nous avons cités dans notre cadre de référence, bien qu'étroitement liés, il existe bien une différence entre ces deux concepts. Celle-ci résiderait dans le fait que l'agressivité ne se manifeste pas forcément par de la violence, alors qu'au contraire, cette dernière est toujours sous-tendue par de l'agressivité¹⁸⁰.

¹⁸⁰ E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0, p.14.

Dans mon cadre de référence, deux visions contraires de l'agressivité avaient été décrites, l'une plutôt positive et l'autre clairement négative, identifiant l'agressivité comme une conduite visant à détruire, humilier ou contraindre une personne¹⁸¹. Je peux constater que la conception de ces thérapeutes s'approche plutôt de la vision négative de l'agressivité. Aucun d'entre eux n'a émis l'idée plus positive de l'agressivité comme source d'énergie, permettant d'aller de l'avant de s'affirmer et de se réaliser¹⁸². Au contraire, une thérapeute explique que les situations d'agressivité ont un impact émotionnel négatif sur elle ainsi que sur le patient. Une autre parle même de « *danger* » pouvant porter une grave atteinte à la personne.

Passons maintenant à la perception qu'ont les thérapeutes de l'agressivité chez des personnes souffrant de TCC. Là également, toutes les personnes interrogées ressortent la même idée générale : l'agressivité est directement liée aux lésions cérébrales engendrées par le traumatisme. L'agressivité est perçue comme un « *symptôme, une manifestation des lésions organiques* », « *une conséquence directe de l'atteinte* », « *une séquelle d'une lésion cérébrale* ». En effet, comme nous l'avons vu dans la partie théorique¹⁸³, un fort impact sur le cerveau peut provoquer des troubles du comportement, notamment agressifs, surtout si les atteintes sont situées dans le lobe frontal ou temporal. Une professionnelle s'appuyant sur des connaissances physiopathologiques explique qu'une « *lésion cérébrale peut endommager les parties du cerveau qui sont capables d'inhiber le comportement, de contrôler le comportement. Si cette capacité d'inhibition est réduite, l'agressivité peut se manifester* ».

Le comportement agressif est donc perçu comme une conséquence normale, « *attendue* », en lien direct avec la pathologie du patient, mais qui, selon une participante, n'en est pas moins difficile à vivre et à gérer et peut

¹⁸¹ Tiré de E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0, p12 et ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6, p.16

¹⁸² E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0, p12.

¹⁸³ Section 3.3.4 : Point de vue physiologique de l'agressivité.

être réellement problématique pour l'environnement. « *Ce n'est pas parce que c'est normal qu'il faut laisser faire* ».

Le traumatisme cérébral en lui-même n'est toutefois pas identifié comme seule cause d'un comportement agressif, même si, selon une professionnelle, il demeure le point de départ. Celle-ci émet le fait qu'il peut y avoir une cause organique à l'agressivité, mais que celle-ci se manifeste en principe en fonction d'un certain environnement, de certaines personnes, et dans certaines situations précises. « *Même si le départ peut être organique, ce n'est pas tout* ». D'autres facteurs ont été identifiés par les professionnels. Nous pouvons les regrouper en trois catégories : celle inhérente aux relations interpersonnelles, celle reliée à l'espace-temps et enfin la catégorie propre au vécu du patient face à sa « *maladie* ».

Dans le premier cas, il s'agit des relations interpersonnelles provoquant un comportement agressif de la part du patient. Deux participants relatent que le genre du thérapeute peut avoir un impact sur la conduite du patient et qu'il est nécessaire de prendre en compte cette variable lors de la prise en charge. Au-delà du genre de la personne soignante, le simple fait d'être un thérapeute en « *blouse blanche* » peut provoquer un comportement de rejet et de l'agressivité de la part du patient. Un participant fait part de son expérience en expliquant : « *Ça m'est arrivé d'enlever la blouse pour aller voir un patient. Ce patient, quand il me prenait pour un thérapeute, ça ne passait pas du tout, mais si j'étais le copain qui venait faire du sport ou une promenade avec lui, ça passait très bien* ». Nous comprenons que l'agressivité est, dans ce cas là, reliée au cadre strict dans lequel le patient doit évoluer pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois, constitué entre autre de thérapies quotidiennes. Comme mentionné dans le concept d'agressivité, il se peut que le patient, à certain moments de sa réadaptation, rejette cette forme d'autorité pour manifester son besoin d'autonomie¹⁸⁴. Une professionnelle émet également le fait que l'agressivité peut provenir des soins ou traitements prodigués au patient, surtout lorsqu'ils sont « *intrusifs et pas ou peu compris par le patient* ». Selon elle, il est donc évident que tous

¹⁸⁴ Section 3.3.6 L'agressivité dans un service de neuroréhabilitation.

les professionnels gravitant autour du patient ne sont pas « *soumis à la même enseigne* », car certains d'entre eux, ne voient les patients que dans « *un environnement cadré, sans intrusion physique* », alors que d'autres, doivent prodiguer des traitements considérés comme intrusifs.

Ce qui a également été identifié lors des entretiens est l'impact du lieu et du moment. Selon une thérapeute, « *pour certains patients, il y a des moments dans la journées plus propices à voir apparaître un comportement agressif, surtout en fin de journée, quand il est fatigué* ». Comme exprimé par un autre professionnel, « *lorsque le patient est en période d'amnésie post-traumatique*¹⁸⁵, *il suffit parfois tout simplement changer de lieu pour faire la thérapie et le patient se calme, car on le détourne de la source qui le rend nerveux* ».

Enfin, la troisième cause identifiée est en lien avec le ressenti même du patient face à son handicap. Comme nous l'avons vu dans le concept de réadaptation¹⁸⁶, le but de tous les intervenants, en collaboration avec le patient, est bien de l'amener à retrouver le plus haut niveau d'autonomie et d'indépendance possible, et cela grâce à plusieurs disciplines touchant autant le physique du patient (son système locomoteur, la parole, ...), que l'aspect cognitif et psychologique, ainsi que les activités de la vie quotidienne. Toutes ces thérapies aident le patient à aller vers un mieux, mais cela ne se fait pas sans difficultés. Les professionnels de ces disciplines positionnent le patient face à ses troubles, ce qui peut être générateur d'agressivité. En effet, les personnes souffrant de TCC doivent se réapproprier leur corps, accepter leur nouvelle image de soi et faire face aux nombreux changements que l'accident a instaurés. Comme cité par Jilg (2007), « *il faut s'adapter à une situation modifiée, avec des possibilités modifiées et un handicap permanent* » (p.34)¹⁸⁷. Une professionnelle relate que « *parfois ça peut être une activité spéciale, par exemple une incapacité du patient à exécuter ce qu'on lui demande, qui fait que l'agressivité se*

¹⁸⁵ Phase durant laquelle le patient se trouve dans la confusion, la désorientation spatio-temporelle et est incapable de mémoriser les événements.

¹⁸⁶ Section 3.2. : Concept de réadaptation.

¹⁸⁷ JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007. 72p.

dévoile ». Une autre ajoute que « *c'est souvent quand ils sont contrariés ou mis en échec. Dans mon expérience, je vois souvent ça quand on demande aux patients de faire quelque chose, qu'on les stimule et qu'ils n'arrivent pas. Alors, ils sont des fois en colère et agressifs envers le matériel, ce n'est pas forcément envers nous. Parfois c'est même envers eux-mêmes* ». Nous pouvons alors faire le lien avec la théorie sur la frustration et l'agression de Freud, adaptée par d'autres penseurs, qui stipule que la frustration accroît la probabilité d'une réaction agressive¹⁸⁸. Accepter son nouvel handicap, vivre avec, n'est pas chose simple. Nous pouvons également nous remémorer les mots de Nicole Attali (1999)¹⁸⁹ concernant la situation de handicap. Celle-ci rapportait que le fait d'être en situation de handicap c'était être différent et désavantagé par rapport aux autres, et que cela pouvait entraîner un sentiment d'impuissance et de dévalorisation exprimé par de la colère, de l'agressivité envers soi, envers les autres ou de la tristesse, de la dépression, parfois même par les deux. Les thérapies sont donc un outil pour aider le patient à progresser mais elles sont également en quelque sorte le reflet de leurs incapacités, de leurs défaillances.

Plusieurs personnes interviewées mettent également en avant la douleur comme étiologie pouvant « *influencer* », « *contribuer* » et « *accentuer* » l'agressivité d'un patient TCC. En effet, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, la douleur physique, notamment les céphalées, ainsi que les troubles de la sensibilité sont des séquelles non-visibles mais bien présentes, d'un TCC¹⁹⁰. Le patient douloureux aura tendance à se fâcher plus facilement, se mettre en colère, perdre patience. Comme cité dans le livre de Muller (2000), « *Cette réaction est l'expression d'un profond désarroi, d'une grande souffrance* » (p.176)¹⁹¹.

¹⁸⁸ Section 3.3.6 : L'agressivité dans un service de neuroréhabilitation. Idée tirée de ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6, p.30-32, p.27.

¹⁸⁹ Section 3.3.6 : l'agressivité dans un service de neuroréhabilitation.

¹⁹⁰ Section 3.1.4 : Répercussions du traumatisme cranio-cérébral.

¹⁹¹ MULLER, André [et al.]. *Soins infirmiers et douleur : évaluation de la douleur. Modalité du traitement. Psychologie du patient*. Paris : Masson, 2000.253p. ISBN : 2-225-85726-1.

Après cette toute première partie d'analyse, nous pouvons déjà imaginer qu'un des moyens d'évaluer et de gérer l'agressivité sera, avant toute chose, de mettre le doigt sur le(s) facteur(s) ayant un impact sur le comportement agressif d'un patient, dans le but d'agir en conséquence.

5.2.2 Thème 2 : Gestion de l'agressivité par l'équipe interdisciplinaire

Pour répondre à mes objectifs¹⁹² de recherche en lien avec ce thème, je me suis intéressée, lors de mes entretiens, aux ressources de l'équipe interdisciplinaire, ainsi qu'aux divers moyens et attitudes mis en œuvre par les divers professionnels pour appréhender et gérer une situation où un patient TCC démontre de l'agressivité.

Pour l'analyse je vais classer les données recueillies lors des entretiens en deux sous-groupes. Je vais aborder :

- Les réactions et comportements mis en place par les thérapeutes
- La collaboration interdisciplinaire

➤ **Sous-thème : Réactions et comportements mis en place par les thérapeutes**

Avant d'aller plus loin, j'avais demandé aux thérapeutes à quelle fréquence ils étaient confrontés à de l'agressivité, verbale ou physique, de la part d'un patient souffrant d'un TCC. A cette question, la majorité ont répondu qu'une agressivité verbale restait relativement « fréquente », « courante », pas forcément envers le professionnel lui-même, mais souvent simplement envers le matériel ou le patient lui-même. Une thérapeute rajoute qu'il y a « *des degrés d'agressivité* », mais que globalement « *ça reste courant* ». Par contre, l'agressivité physique, demeure rare. « *L'irritabilité, l'agressivité verbale c'est fréquent, mais une réelle violence physique, ça reste rare* ». Selon un thérapeute elle est « *anecdotique* » : « *en sept ans, j'ai subi de l'agressivité physique qu'une fois* ». Il faut toutefois bien imaginer que les

¹⁹² « Identifier les attitudes et les comportements des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire et infirmière dans la gestion d'un client ayant subi un TCC et présentant un comportement agressif et les mettre en commun » et « Identifier les moyens mis à disposition par l'institution pour permettre la gestion de l'agressivité ».

thérapeutes ne sont avec chaque patient qu'à des moments limités dans la journée, alors que le personnel infirmier doit assurer une présence sur toute la journée et la nuit, hors thérapie, ainsi que le week-end, alors que les thérapeutes sont absents. Une professionnelle déclare que *« l'agressivité physique, pour moi c'est rare, cela fait des années que je n'y ai pas été confrontée, mais attention, je suis beaucoup moins sujette à ça que les infirmières qui sont une grande partie de la journée avec les patients »*.

Selon tous les professionnels interviewés, les thérapies sont maintenues tant que le comportement du patient reste acceptable et contrôlable. Les thérapeutes vont alors essayer de gérer la situation et de mener quand même leur thérapie par divers moyens que je développerai au paragraphe suivant. Or, si le patient démontre quoi que ce soit comme signe d'agressivité physique et que la situation devient ingérable, *« la règle est d'interrompre la thérapie et de sortir »*. Une thérapeute exprime qu' *« il n'y a aucune raison qui justifie qu'un soignant ou un thérapeute se mette en danger face à un patient agressif physiquement. Dès qu'il y a le moindre signe qu'il peut y avoir de la violence physique, ça peut être un geste de menace, une attitude violente ou un patient qui prend un objet, à ce moment-là, il faut interrompre immédiatement la thérapie ou le traitement »*.

La première chose à relever émergeant des propos de plusieurs participants est que leurs interventions dépendent de la phase dans laquelle se situe le patient. En effet, ils ne réagissent pas de pareille manière si le patient est en phase aiguë, en phase d'amnésie post-traumatique, ou lorsqu'il se trouve déjà dans le processus de réadaptation depuis quelques temps. Lors de phases aiguës, les patients sont souvent désorientés, confus et n'intègrent pas ou peu les informations qui leur sont données. Selon une thérapeute, *« souvent ils ne savent pas ce qu'ils ont, qui sont les interlocuteurs en face d'eux et sont incapables eux-mêmes de se contrôler ou de s'adapter à la thérapie proposée par le thérapeute »*. Dans ce cas, c'est le thérapeute lui-même qui va devoir s'adapter. Par contre, si le patient est sorti de cette phase aiguë, cette même personne affirme que *« dès qu'ils sont moins*

confus et mieux orientés, on pourra travailler directement sur cette agressivité ».

Les professionnels de l'équipe interdisciplinaire ont des objectifs thérapeutiques précis pour faire évoluer le patient. Cependant, lorsque celui-ci démontre une conduite agressive, il n'est pas toujours facile d'atteindre ces objectifs et de travailler ce qui était initialement prévu pour la séance. Il est ressorti des entretiens que la plupart du temps, les intervenants essaient de garder un contact avec le patient, mais doivent eux-mêmes adapter leurs thérapies et leurs objectifs à la situation. Les thérapeutes doivent ainsi faire preuve de flexibilité et de souplesse.

Plusieurs interventions générales ont été citées par les divers intervenants interrogés lorsqu'une situation d'agressivité se présente :

- *« Distraire le patient de la tâche ou du stimulus qui peut l'énervé. Identifier la source et l'en détourner ».*
- *« Amener le patient à faire quelque chose qu'il aime en changeant un peu les objectifs et en les réadaptant à la situation, comme par exemple décider de travailler plus l'attention et le contact avec le patient, plutôt que la mémoire ».*
- *« Revoir les objectif, les adapter, mais essayer un maximum de garder le contact avec le patient, ou stopper l'activité et faire autre chose ».*
- *« Essayer d'adapter nos stratégies pour faire passer un message et faire preuve de souplesse dans nos objectifs, parfois même il est nécessaire de changer de cadre, d'horaire ou de personnes ».*
- *« Cela dépend l'état du patient, mais ça peut être de faire de la mobilisation plus passive ou quelque chose de plus calme, de relaxant. Ou alors s'il est contrarié par quelque chose qu'on lui demande de faire, ça arrive qu'on change l'exercice, et qu'on essaie une autre fois. Oui ça arrive de changer de thérapie, d'exercice ou simplement parfois de changer d'endroit ».*¹⁹³

¹⁹³ Cette dernière intervention est propre aux physiothérapeutes.

En ce qui concerne la réaction directe des thérapeutes interrogés, ceux-ci sont presque tous unanimes en affirmant qu'il ne faut pas entrer en confrontation directe avec le patient, au risque d'envenimer la situation. Pour exemple, une participante exprime qu' *« entrer en confrontation c'est la pire des choses, c'est le faire réagir, alors qu'il n'est pas forcément capable de se retenir lui-même »*. Une autres professionnelle émet toutefois une nuance en disant que *« des fois, après discussion avec l'équipe soignante et le médecin, une décision est prise que, pour tel ou tel patient, il faut entrer en confrontation pour que la personne réalise où sont ses difficultés et qu'elle se rende compte qu'il y a un problème »*. L'idée phare qui émerge est donc de rester calme, d'essayer de calmer le patient et de ne pas s'énerver pour ne pas renforcer l'agressivité. *« On doit essayer d'éviter toute provocation et au contraire l'apaiser »*. Une participante explique qu'il est important de trouver le « moyen adapté » pour calmer le patient. *« Je vais chercher à savoir si c'est quelqu'un qui se calme par les massages, ou par des stretching avec la musique douce, ou grâce à l'eau, et je vais le mettre en pratique »*. Trois des professionnels émettent également le fait que si cela devient vraiment ingérable, ils n'hésitent pas à interrompre la thérapie et à se retirer. Une personne mentionne aussi que si elle se sent *« en danger »*, elle appellera de l'aide. Ces modes d'actions se rapprochent des principes généraux d'intervention exprimés par E. Gbézo(2005)¹⁹⁴, le premier de ceux-ci étant de contrôler la situation pour éviter les dérapages en gardant tout d'abord son calme pour pouvoir privilégier la réflexion sur la ou les stratégies à mettre en œuvre, le second étant d'évaluer la personne à risque en étant également bien conscient de ses propres limites et en sachant demander de l'aide si l'on sent que la situation dépasse nos compétences.

Une intervenante insiste sur le fait que *« cela peut se faire sur le moment si le patient se calme, mais que s'il ne se calme pas, il faudra reprendre avec lui plus tard, s'il n'est bien entendu pas en amnésie post-traumatique »*. Dans ce même ordre d'idées, une intervenante rajoute à cela qu' *« il est important de toujours verbaliser le comportement qui n'est pas admissible pour faire comprendre au patient que ce n'est pas acceptable »*. Toutefois une autre

¹⁹⁴ Section 3.3.10 : Principes généraux d'intervention.

participante émet le constat qu'en phase aigüe « *il ne sert à rien de vouloir le raisonner et de lui balancer de grand discours moralisateurs, car cela demande une capacité de réflexion que le patient ne peut pas avoir pendant cette phase* ».

Nous en revenons donc à l'idée que les interventions concernant l'agressivité diffèrent selon la période dans laquelle se trouve le patient, si celui-ci est toujours en amnésie post-traumatique ou non. Comme nous l'avons vu dans la section 3.1.2 : coma et éveil, le patient en période d'amnésie post-traumatique est confus, désorienté et en proie à des troubles de la mémoire important, notamment à court terme. Il n'est donc pas capable d'emmagasiner de manière adéquate les informations qu'on lui donne.

Le troisième principe d'intervention de E.Gbezo (2005)¹⁹⁵ est : sécuriser l'environnement. Selon lui, il s'agit d'être attentif à l'environnement physique dans lequel se déroule la situation (objet, sortie, ...) et d'être vigilant à la position de chaque personne dans la pièce. En lien avec cela, les professionnels interrogés ont fait part de plusieurs précautions qu'ils prennent pour intervenir en gardant un maximum de sécurité. Quatre d'entre eux disent faire plus attention à l'environnement qui les entoure : « *Je regarde qu'il n'y ait pas d'objets dangereux à portée de main* », « *je vérifie où est la sonnette au cas où j'ai besoin d'appeler de l'aide* », « *je visualise comment me retirer rapidement si cela devait déraiper* ». Une de ces quatre personnes parle également de stimuli sensoriels (auditifs et visuels surtout) qui peuvent engendrer des réactions d'agressivité et qui peuvent être souvent évités. « *Je fais attention à l'environnement, j'essaie, dans la mesure du possible, d'organiser la thérapie dans un environnement qui est très cadré, à l'abri de stimulations auditives comme la musique ou le bruit, de la présence de collègues ou d'autres personnes, ceci afin que la personne puisse être concentrée sur elle-même et sur ce qu'elle a à faire* ».

¹⁹⁵ Section 3.3.10 : Principes généraux d'intervention.

Une personne interrogée déclare également agir sur le type de tâche proposé au patient : « *essayer de faire quelque chose qui plaît au patient, de ne pas le frustrer, de lui donner des choix dans ce qu'il peut faire* ».

Un autre point clé qui ressort est celui de l'anticipation. En effet, pour arriver à limiter le risque de survenue de situation d'agressivité et pour agir de manière la plus sécuritaire et adaptée, l'anticipation a toute sa place. « *Si je décide de faire attention aux stimuli qui sont présents ça veut dire que je dois préparer la séance avant, réfléchir au lieu dans lequel on va aller et des choses comme ça ...* » Une autre thérapeute affirme « *qu'il est adéquat de prévoir, d'anticiper les difficultés possibles pour agir avec plus de sécurité* ».

Plusieurs personnes font allusion à l'attitude à adopter envers le patient. Celle-ci est décrite comme ne devant être en aucun cas « *provocatrice* ». « *Il ne faut pas jouer avec le feu. Si on voit qu'il est déjà énervé et qu'il ne supporte pas les piqûres, alors il ne faut pas les faire à ce moment-là, si possible* ». Dans cet ordre d'idée nous pouvons également repenser à l'histoire du thérapeute qui a décidé d'enlever sa blouse blanche avant d'aller voir le patient, pour ne pas provoquer un rejet.

L'approche du patient est donc un point clé pour éviter la montée de l'agressivité. Comme j'ai pu le comprendre durant ma formation théorique et pratique, il est important d'établir avec le patient un partenariat pour, non seulement avancer en regard de mes propres objectifs de soignante, mais surtout des siens. Mais pour que le partenariat fonctionne, pour que le patient ouvre la porte de son monde au soignant, un élément est indispensable : la confiance. Cette confiance doit être réciproque entre le patient et le soignant. Selon Tournebise (2005), « *le mystère de celui qui sait face à celui qui ne sait pas est le meilleur moyen de provoquer de la méfiance.* » (p.66)¹⁹⁶ Ceci signifie que le thérapeute ne doit pas déclarer tout savoir, mais devrait se positionner de manière à laisser le patient s'exprimer sur ce qu'il vit en l'écoutant d'une oreille attentive et non jugeante. De son

¹⁹⁶ TOURNEBISE, Thierry. *L'écoute thérapeutique : cœur et raison en psychothérapie*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 2005. 185p. ISBN : 2-7101-1750-9.

côté, le patient devrait arriver à faire confiance au soignant. Créer ce lien de confiance aiderait donc le patient à exprimer ses craintes et ses émotions avec plus de facilité, ce qui donnerait des pistes au soignant sur la compréhension de ce que le patient ressent et vit intérieurement et donc sur la manière de le prendre en soins. Il est essentiel, dans les métiers de la santé et du social, d'être attentif à ce que le patient vit pour en adapter sa prise en charge et créer un réel partenariat. En lien avec cela, trois des personnes interrogées lors de mes entretiens ont rapporté comme priorité d'établir une relation de confiance, d'autant plus si le patient se trouve en phase d'agitation et d'agressivité. Ainsi, pour un des thérapeutes *« établir une relation de confiance est un objectif premier, même si je pense qu'il y a une phase de prise de contact, de relationnel qui prend plus de temps que pour un patient pour qui on fait une rééducation d'un ligament croisé par exemple »*. Un autre intervenant explique également que *« le relationnel est ultra-important, c'est d'autant plus important et prioritaire d'établir une relation de confiance avec le patient, donc de parler des choses qu'il apprécie, de l'écouter pour pouvoir se rapprocher de lui et avancer dans la thérapie »*.

Certains participants ont émis la possibilité de réaliser la thérapie à deux thérapeutes, pour plus de sécurité. Cette idée est totalement contestée par un de leur collègue qui affirme qu'il ne faut pas le faire car *« ça renforcerait le schéma. Venir à deux serait un peu comme les gardiens de prison qui vont administrer une thérapie de force »*. Ces propos peuvent être mis directement en relation avec ceux de E. Gbézo (2005)¹⁹⁷ qui conseille d'agir en comité restreint pour limiter les tensions et éviter les démonstrations théâtrales du comportement du patient. En analysant ces paroles, je me suis rendue compte que les deux personnes exprimant leur besoin de travailler parfois à deux sont des femmes alors que celle qui n'approuve pas cette idée est un homme. Cela sous-tend que peut être une variable de genre serait en cause et vaudrait la peine d'être prise en considération. Toutefois notre effectif masculin étant trop réduit, ce serait un biais que d'analyser cet aspect sur la base d'un seul avis. Par rapport à cela, ce même homme a également

¹⁹⁷ Section 3.3.10 : Principes généraux d'intervention.

fait part qu'il lui était arrivé par contre de prendre « le relais » de ses collègues féminines, pour un patient qui selon lui « *avait peut être peur de ne pas gérer* ».

Dans notre cadre théorique, nous avons mentionné l'utilisation de médicaments pour gérer cette agressivité. Ce thème faisait partie des questions que nous posions lors de l'entretien. Comme l'administration des médicaments ne relève pas des compétences directes des personnes de l'équipe interdisciplinaire interrogées, j'ai cherché à savoir s'il leur arrivait de demander à l'équipe infirmière de pré-médiquer une personne, en lien avec une éventuelle agressivité. Les propos recueillis se distinguent en deux sortes de réponses, en lien avec les deux disciplines interrogées. Les physiothérapeutes sont unanimes en expliquant que la seule médication qu'ils demandent éventuellement est une antalgie avant la thérapie. Comme le dit l'un d'eux « *les traitements sont répartis sur la journée et sont gérés par les soins et par le médecin, mais ce qui arrive plus précisément pour nous, c'est de demander quelque chose pour la douleur, car ça peut avoir une influence sur l'agressivité* ». Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, les personnes souffrant de TCC peuvent avoir non seulement de fortes céphalées, mais également des troubles de la sensibilité de type hyperesthésie. Sachant que les physiothérapeutes¹⁹⁸ vont travailler la motricité, la posture et la mobilisation, on peut imaginer que ces thérapies peuvent être parfois pénibles voire douloureuses pour le patient. La demande d'une antalgie aurait donc tout son sens. Les neuropsychologues quant à eux se positionnent de manière réticente en ce qui concerne l'administration de certaines substances neuroleptiques ou anxiolytiques, en raison de leur « *impact néfaste sur la récupération du patient, notamment sur le plan cognitif (mémoire, orientation, conscience des troubles, ...)* » et m'ont fait part qu'il ne leur arrivait jamais de demander une prémédication avant une séance.

Tous les professionnels affirment laisser la gestion de la médication aux soignants et aux médecins.

¹⁹⁸ Section 3.2 : Concept de réadaptation.

Pour conclure ce sous-thème, nous allons à présent aborder la place de l'expérience professionnelle et du vécu ainsi que de la personnalité des professionnels face à une situation agressive. Loin de moi l'idée d'analyser de manière psychanalytique les données recueillies. Je cherche simplement à identifier la place que donnent les professionnels à ces concepts, dans leur pratique ainsi que l'influence qu'ils leur sous-tendent. Dans notre cadre théorique, nous avons relaté que les personnes en proie à de l'agressivité d'un patient réagissent selon plusieurs critères. En ce qui concerne la personnalité, les cinq personnes auprès desquelles j'ai mené l'entretien pensent que la personnalité influence d'une façon ou d'une autre la manière de gérer une situation d'agressivité ou de la ressentir. Toutefois, pour plusieurs d'entre elles, le caractère professionnel prend ou devrait en tout cas prendre le dessus. L'une d'elle déclare : *« on est quand même professionnel par rapport à ça et notre façon de gérer doit rester la plus professionnelle possible, il faut essayer d'appliquer les règles et toujours avoir le souci de rester neutre »*. Une autre répond que *« quoi qu'il arrive, on reste quand même toujours des être humains avec notre vécu, notre affect »*. Pour le troisième thérapeute, le vécu personnel et la personnalité auront plutôt un impact sur la manière de ressentir les *« agressions »*, plutôt que sur la gestion même de l'agressivité. Pour elle, *« une personne qui a très peu confiance en soi peut avoir tendance à prendre plus personnellement les attaques, même verbales, d'un patient, alors qu'une personne qui a cette force, cette confiance en soi, ne va pas tomber dans le piège »*. Plus tard dans la conversation, elle déclarera qu' *« il n'y a pas de personnalité particulière qu'il faut avoir pour être avec ce genre de patient, si on est bien dans sa tête et que l'on est bien informé sur les troubles du comportement des TCC »*.

Nous pouvons alors directement faire le lien avec l'impact de l'expérience dans la manière d'appréhender une telle situation. En effet, nous pouvons imaginer que le fait d'avoir déjà été confronté à des situations similaires peut être bénéfique et aidant quant à la mise en place plus rapide de stratégies adaptées. Tous les professionnels interrogés accordent une place non négligeable à l'expérience. L'un d'entre eux relate que *« au fur et à mesure*

qu'on côtoie ce genre de patients, on se rend compte de comment ils peuvent être, de comment leur comportement peut être et de comment nous-mêmes nous devons nous comporter. Bien sûr, chaque patient est différent, mais il y a quand même des choses qui ressortent chez plusieurs personnes ». Un autre le rejoint et déclare qu' *« il y a effectivement des situations ou des patients se ressemblent. Et on aura alors peut être plus facilement le réflexe, le bon réflexe car on l'avait déjà vécu* ». Cette même personne utilise même le terme *« d'enseignement »*. Pour elle, chaque situation est vécue comme un *« enseignement »*. Le fait d'avoir déjà fait l'expérience d'une situation d'agressivité permet donc de se préparer, de savoir à quoi s'attendre, même s'il serait erroné de penser que l'on peut transposer toutes les situations les unes aux autres. Un professionnel appuie ces propos en disant que l'expérience permet d' *« organiser la situation, de se prémunir, de savoir jusqu'où aller, et aussi de savoir dire stop au bout d'un moment »*.

Trois des thérapeutes vont plus loin dans la réflexion en affirmant que non seulement l'expérience a un impact, mais surtout l'information et la connaissance. Pour eux, c'est par-dessus tout le fait d'être formé qui permet de mieux comprendre, ressentir voire gérer la situation. L'aspect de la formation étant un thème à part entière, il ne sera pas développé dans cette partie, mais aura sa place plus loin dans mon analyse.

Enfin, j'ai pu relever auprès des personnes questionnées que la charge de travail avait une influence notoire sur la manière de gérer l'agressivité de cette clientèle. Les intervenants émettent cependant des visions différentes. Pour l'une d'entre eux, une grande charge de travail implique que le thérapeute *« ne peut plus s'occuper du patient avec autant de tâches variées »* et est limité quant à *« l'adaptation des thérapies »* aux *« horaires des patients »*. Une autre déclare que cela va impliquer que le soignant se sentira parfois *« débordé »*, voire *« à bout de nerfs »* et que cela se ressentira auprès du patient car il aura peut-être *« moins de patience »* avec lui. Cette dernière émet malgré cela que *« si l'on parle au niveau professionnel, la charge de travail ne devrait pas agir là-dessus »*;

cependant elle ajoute que « *forcément, c'est humain. Si on est débordé, on aura moins de patience* ». Cette idée se rapproche de la conception de deux autres professionnels pour qui le fait d'être surchargé s'en ressentira, dans la prise en charge, par « *le stress* » et « *la fatigue* » engendrés chez le thérapeute. Enfin, la dernière intervenante fait allusion au travail des infirmiers. Selon elle, il faut des « *ressources* » pour « *surveiller* » ce genre de patients. Et si le personnel est « *surchargé* », il y a moins de « *ressources* » et donc « *la gestion des patients se fera moins bien* ». Selon elle aussi, « *si on gère moins, inévitablement, les troubles augmentent* ».

➤ **Sous-thème : La collaboration interdisciplinaire**

Maintenant que nous avons abordé les différentes réactions et stratégies pour gérer l'agressivité d'un point de vue plus personnel, inhérent à chaque thérapeute, nous allons nous arrêter quelque peu sur la prise en charge de l'agressivité de manière interdisciplinaire.

Comme nous l'avons vu dans notre cadre théorique, l'interdisciplinarité est définie par Berger comme « *une interaction entre les disciplines qui peut aller de la simple communication des idées, jusqu'à une intégration mutuelle des concepts directeurs de l'épistémologie, de la méthodologie et des procédures* » Formarier&Jovic (2009, p.194)¹⁹⁹. En neuroréadaptation, les professionnels ont donc pour mission de travailler tous ensemble, en partageant leurs compétences propres, pour élaborer un projet de soin commun centré sur le patient, dans le but de l'amener à retrouver un maximum de ses capacités et aptitudes, tant mentales que sociales ou physiques. Nous pouvons faire le lien avec une autre définition du concept d'interdisciplinarité, celle de Nicolas-Armand Blanc qui le décrit comme « *la mise en commun des compétences des différents professionnels œuvrant au chevet du patient pour servir un même projet : l'efficacité du parcours de soins* ».

¹⁹⁹ FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Edition MALLET CONSEIL, 2009. 291p. ISBN : 978-2-9533311-0-3.

Sachant qu'un comportement agressif peut être une entrave au progrès dans les diverses thérapies et perturber fortement les relations sociales, ce trouble devrait donc être pris en compte par les diverses disciplines et travaillé tout autant que les autres séquelles du traumatisme, en vue du but final qui reste le retour à la vie quotidienne et donc la réintégration de la sphère familiale et sociale, avec toutes les relations interpersonnelles qui en découlent. Une participante affirme même que *« les professionnels de la santé ne sont pas là seulement pour subir ces troubles du comportement. La rééducation, la gestion de ces troubles du comportement est une de nos missions comme la gestion d'autres problèmes physiques ou cognitifs. Selon elle, « cela fait partie des choses que l'on doit traiter à proprement dit »*. Ainsi, en relation avec cela, il convient de relever que la majorité des participants attribuent une place de taille au neuropsychologue quant à la gestion de l'agressivité, de par ses compétences et ses connaissances théoriques. L'une d'entre eux pense que le neuropsychologue *« est bien placé pour coordonner la prise en charge de l'agressivité et des autres troubles du comportement, de par ses connaissances et ses compétences relationnelles »*. Une autre mentionne que les neuropsychologues *« testent tout ce qui est en rapport avec le comportement et ses troubles »* et que donc *« ce sont eux qui donnent le plus de pistes par rapport à ça »* car *« ils travaillent vraiment là-dessus »*. Un autre rajoute dans le même ordre d'idée que les neuropsychologues *« sont peut être plus à même d'identifier la source du problème et de donner les clés pour gérer ça »*. Selon lui, c'est *« plus de leurs compétences à eux »*. Une neuropsychologue, elle-même, explique qu'ils sont censés, de par *« leurs connaissances spécifiques dans le domaine »*, être des personnes *« de référence »*. Je tiens à noter le fait que les deux neuropsychologues interrogées rappellent toutefois que, bien qu'elles amènent parfois des éléments clés pouvant servir à tout intervenant et sont considérées comme personnes *« ressources »* en matière de troubles du comportement, elles ne prétendent en aucun cas donner des ordres sur la manière dont les autres thérapeutes doivent agir, mais bien des *« conseils »*, des *« pistes »*.

Cependant, étant donné que chacun peut être confronté à cette problématique, celle-ci doit être prise en considération par tout un chacun qui gravite autour du patient et pas seulement par l'un ou l'autre des spécialistes. Une professionnelle déclare : « *Je pense que l'agressivité c'est typiquement quelque chose qui concerne tout le monde, donc ce doit être du ressort de toutes les professions* ». Un thérapeute conforte cette idée en admettant que « *chaque intervenant auprès du traumatisé crânien devrait être armé pour ça, finalement* ». Deux participants font également mention du personnel soignant comme étant le plus confronté à ces situations, de par le temps passé auprès des patients. Selon l'un d'eux, comme les infirmiers sont « *le plus soumis* » à cette problématique, il est « *très important qu'eux mêmes soient au clair avec ce qu'il faut faire* ».

Plusieurs outils d'évaluation des troubles du comportement, incluant les troubles du comportement agressif, ont été décrits par les divers thérapeutes interrogés: l'ECTG²⁰⁰, et la feuille des 3C²⁰¹.

L'ECTG m'a été clairement décrite par une neuropsychologue. Il s'agit d'une échelle de quantification des troubles du comportement à la fois en fréquence et en impact sur l'intégration. Chaque trouble du comportement que l'on peut retrouver chez une personne cérébro-lésée y est recensé. Au sujet de l'agressivité, cette grille comporte les items : agressivité physique et agressivité verbale. Il s'agira donc, pour le professionnel, d'y retranscrire dans un premier temps la fréquence du comportement observé. Dans un second temps, il devra encore évaluer l'impact de ce comportement sur l'intégration sociale du patient, un comportement pouvant être très fréquent sans avoir un impact important sur l'intégration et inversement. L'échelle est remplie une première fois à l'entrée du patient, lorsque celui-ci présente des troubles du comportement où dès lors qu'il en manifeste et une deuxième fois en fin de séjour. Selon la thérapeute qui m'a expliqué ce document, « *cela permet d'avoir une mesure objective de l'évolution du patient* ».

²⁰⁰ Annexe 4. Rappel : ECTG signifie : Évaluation Globale des Troubles du Comportement.

²⁰¹ Les 3C signifient : Cause, Comportement, Conséquence.

Le deuxième outil, la feuille des 3C, a été énoncé par tous les participants. Il s'agit cette fois d'un document permettant de faciliter l'observation des troubles du comportement et donc de l'agressivité. Les 3C signifient Cause, Comportement, Conséquence. Le thérapeute ou soignant va relever la date et le trouble du comportement qu'il a observé et le décrire de manière précise. Par exemple : « *lance un objet par terre, fait un geste de menace avec le poing, ...* ». Ensuite, il va essayer d'identifier la cause de ce comportement. « *c'est suite à quoi qu'il a fait ça ?* ». Une participante reprend ce que nous avons déjà évoqué auparavant en disant que « *même si la cause au départ, c'est la lésion cérébrale, il y a toujours quelque chose dans l'environnement du patient qui va faire que le comportement agressif va se produire, et si on veut gérer cette agressivité, il faut comprendre la cause* ». Il est donc évident qu'il ne sert à rien de vouloir gérer un comportement en faisant abstraction de sa cause directe. Enfin, il s'agira de noter la conséquence de ce comportement, d'inscrire ce qui s'est passé par la suite. Par exemple : « *le patient refuse la thérapie, la conséquence sera que le thérapeute renonce ou qu'il arrive à rediriger l'attention du patient et au final de faire quelque chose avec lui* ». Une des professionnelles interviewées résume parfaitement les avantages de cette grille d'observation : « *ce qui est intéressant avec cette grille c'est que ça donne une image de quand le comportement agressif se produit, quel est l'environnement qui le favorise et fait aussi référence au type de réponse qui va encourager ou au contraire restreindre ce comportement. L'analyse de ces données va nous aider à trouver les moyens pour éviter que le comportement se produise* ».

Ces deux documents se trouvent sur l'intranet de l'institution et sont donc accessibles et disponibles à tous les collaborateurs. Lorsqu'une situation d'agressivité se produit et est recensée sur les échelles d'évaluation, tous les intervenants sont donc mis au courant par le biais du programme informatique. Malgré cela, il a été mis en évidence par plusieurs personnes interrogées que ces feuilles demeuraient souvent inutilisées par beaucoup de thérapeutes, cela pour des raisons essentiellement de manque de temps ou de changement de personnel. Ceci est pour une participante « *bien*

dommage, car en comprenant bien ce qui se passe, on arriverait à apporter des réponses plus adéquates et peut-être qu'on gagnerait du temps en fin de compte ».

En analysant ces entretiens, je me rends compte que, par leurs propos, les deux neuropsychologues ont l'air d'accorder beaucoup d'importance à ces outils d'évaluation et d'observation et de les utiliser régulièrement, vraisemblablement plus que les autres thérapeutes interrogés et également plus que les autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Ceci serait-il dû au rôle propre des neuropsychologues dont une des fonctions consiste justement à diagnostiquer les troubles neuropsychologiques tels que les changements de personnalité, ainsi que d'effectuer des tests et observations qui, comme nous l'avons mentionné dans le cadre de référence, permettront de guider l'équipe soignante vers les objectifs thérapeutiques²⁰² ? Ainsi, on pourrait imaginer qu'ils sont plus habilités et auraient plus le temps et l'habitude de se servir de ces documents. Ceci reste cependant une simple hypothèse et n'a pas de visées de dévaluation ou de valorisation de telle ou telle profession.

Bien entendu, ces formulaires ne servent à rien s'ils ne sont pas discutés par la suite en équipe, pour mettre en œuvre un plan d'action. Comme je l'ai mentionné à plusieurs reprises, la collaboration interdisciplinaire est la clé de la prise en charge en réadaptation et a tout son sens dans la gestion des troubles du comportement. Les décisions relatives à la prise en charge se prennent lors des colloques interdisciplinaires où toutes les professions en relation avec tel ou tel patient sont représentées. Ces décisions sont donc prises au cas par cas, en interdisciplinarité. Il n'y a pas de protocole élaboré au sein de l'institution dictant clairement comment les spécialistes de la santé doivent se comporter et agir lorsqu'un patient cérébro-lésé démontre de l'agressivité.

²⁰² Section 3.2 : concept de réadaptation.

Lors de ces séances, les feuilles d'évaluation de l'ECTG et des 3C sont reprises. Chaque professionnel a son mot à dire et partage ses idées, le but étant de trouver une façon d'agir commune. Dans le cadre théorique de son étude, Hélène Lefebvre [et al.] (2007) définit le travail interdisciplinaire ainsi : *« les professionnels travaillent à un même but, prennent des décisions par consensus et coordonnent leurs activités selon une approche multidimensionnelle des besoins de la clientèle. Chaque professionnel de l'équipe intervient uniquement lorsque sa spécialité contribue à résoudre le problème »* (p.93)²⁰³. Un thérapeute relate parfaitement ce fonctionnement : *« Il y a un consensus. On se réunit en colloque pour définir la manière d'agir qui convient le mieux à tout le monde, ce qui semble le plus adéquat aux yeux de tout le monde. C'est très important que tout le monde agisse de la même manière pour que le patient s'y retrouve et comprenne où on veut en venir »*. Nous pouvons mettre ces propos en regard d'un des attributs du concept d'interdisciplinarité, relatés à la section 3.2²⁰⁴ : *« tous les professionnels doivent œuvrer ensemble, collaborer, vers la réalisation d'un projet décidé en commun, auquel chacun adhère »*. Une autre intervenante illustre également cela en expliquant que *« si un patient démontre de l'agressivité ou un autre trouble du comportement, un colloque interdisciplinaire spécial est instauré pour essayer de régler les attitudes à adopter envers le patient, envers la famille. On va tous se mettre d'accord sur comment on va pouvoir gérer tout ça, ici à la clinique »*.

A cela, je peux coordonner les paroles d'une autre intervenante qui exprime explicitement l'importance d'instaurer une cohésion au sein de l'équipe pour faire face au patient démontrant de l'agressivité. *« La seule solution face à ces troubles du comportement c'est d'adopter une attitude cohérente entre tout le monde. On doit pouvoir se coordonner. On doit savoir exactement ce qu'on peut faire ou ne pas faire avec ce patient. On doit avoir une façon d'agir qui est parfaitement homogène, car si le patient sent qu'on ne réagit pas de la même manière, et qu'il ressent cette incertitude face à lui, il va être*

²⁰³ LEFEBVRE Hélène, [et al.]. Programme d'intervention familiale interdisciplinaire. Partenariat entre professionnels de la santé, personnes ayant un traumatisme crânio-cérébral et proches soignants. *Pédagogie médicale*, 2007, vol 8, no 2, p. 91-100.

²⁰⁴ Section 3.2 : Concept de réadaptation.

encore plus inadéquat et son anxiété et ses troubles du comportement vont s'amplifier ».

Plusieurs des participants évoquent une évolution de la prise en charge interdisciplinaire des troubles du comportement durant ces dernières années au sein de la clinique, notamment grâce à l'utilisation des grilles d'évaluation et d'observation ainsi que des diverses formations que les professionnels ont reçues en lien avec les TCC. Une participante aborde également un point que j'ai déjà relaté dans la première partie de mon analyse concernant la gestion de l'agressivité. Il s'agit de l'anticipation. Selon ses dires, grâce à l'expérience de tous les intervenants, une procédure a pu être mise sur pied, concernant la mise en place d'un cadre dès l'entrée du patient, s'il manifestait des troubles du comportement. Suite à plusieurs expériences, il a donc été décidé que, dès lors qu'un patient était annoncé avec des troubles du comportement, un cadre restrictif serait posé d'emblée et qu'un colloque des troubles du comportement aurait lieu deux jours après l'arrivée du patient pour faire une première évaluation de la situation et adapter le cadre. Dès lors la feuille des 3C commence à être remplie. J'ai pu constater que le cadre établi dès l'entrée du patient est très strict. Selon la même thérapeute, *« il repose sur une série de mesures qui sont listées. On va limiter l'espace à la chambre voire à l'étage, ainsi que le nombre et les heures de visites pour qu'il n'y ait pas trop de stimuli. On met aussi en place des stimuli rassurants qui apportent une certaine sécurité au patient, par exemple des photos de sa famille »*. Quelques jours après l'entrée du patient se déroule également le colloque interdisciplinaire d'entrée, celui durant lequel la feuille de l'ECTG est remplie et les premières directives concernant l'attitude à adopter envers le patient établies. Il y a ensuite réévaluation et réajustement des mesures, colloque après colloque. Toutes les décisions se prennent en interdisciplinarité. Ces mesures sont donc mises en œuvre dans le but d'éviter au patient trop de stimulations, sources de stress et d'anxiété, pouvant majorer les troubles du comportement, cela, je l'imagine, surtout chez les patients en phase d'amnésie post-traumatique qui ont de la difficulté à se situer dans le temps et dans l'espace ainsi que vis-à-vis des personnes qui les entourent. Un cadre restrictif dès leur entrée permet donc de les

amener dans un endroit restreint, sans un trop plein de stimulations, pour qu'ils puissent comprendre où ils sont et se sentir sécurisés.

Une difficulté à la collaboration en interdisciplinarité relative à la prise d'initiative personnelle a toutefois été relevée par une participante. Selon elle, « *il n'est pas toujours facile de laisser ses initiatives personnelles de côté et de se conformer à ce qui a été décidé en groupe* ». Un travail en interdisciplinarité a de nombreux avantages pour le personnel et pour le patient, notamment en ce qui concerne le partage des compétences de chacun, le partage des responsabilités et la mise en place d'un projet commun plaçant le patient au centre. Cependant, la coopération interdisciplinaire peut en effet, s'avérer quelque peu limitative pour les professionnels qui ne peuvent pas agir, dès lors qu'ils l'aimeraient, en fonction de leurs propres initiatives, mais doivent se référer aux décisions du groupe.

Une autre difficulté relevée se situe au niveau de la communication. Selon une thérapeute, « *le travail en interdisciplinarité est parfois difficile, car une décision est prise, et comme la situation évolue vite, les soignants doivent s'adapter au fur et à mesure, des fois même le week-end. Du coup, quand nous reprenons en charge le patient, il y a parfois un décalage, et c'est source de conflit entre nous et avec le patient aussi. Ce qu'il faut améliorer c'est vraiment la communication entre nous* ». Comme nous l'avons vu précédemment, il est important pour le patient qu'il ressente une unité, une cohérence entre les divers professionnels qui le prennent en charge. Dès lors, la communication devient un point indispensable au bon fonctionnement de la collaboration interdisciplinaire et à la mise en place de stratégies thérapeutiques uniformes. Selon une étude menée par Lefebvre Hélène,[et al.] en 2004,²⁰⁵ des professionnels travaillant avec des personnes cérébro-lésées en phase aiguë, ainsi qu'en réadaptation, soulignent l'importance de la coordination clinique et de la communication pour travailler en interdisciplinarité et créer des relations positives. Un des participants de cette

²⁰⁵ LEFEBVRE Hélène, [et al.]. Le traumatisme crânio-cérébral suite à un accident de la route : les mots des personnes, des familles, des médecins et des professionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 2004, no 78, p. 24.

étude l'explique ainsi : « *En général, quand les gens communiquent, on peut ne pas être toujours du même avis, mais à force de communiquer, on prend en considération le point de vue de l'autre, on arrive à un consensus qui est bon pour les deux. Mais l'important, le mot clé, je pense que c'est la communication* »²⁰⁶. Les professionnels interrogés dans cette étude ajoutent également « *qu'il importe de travailler à partir d'un même modèle, d'une même vision pour établir une bonne relation* »²⁰⁷.

Pour conclure cette partie de mon analyse, je tiens donc à relever que l'on voit une réelle implication des professionnels interrogés quant à la compréhension et la gestion des troubles du comportement, notamment l'agressivité. Ces troubles, bien que parfois difficiles à gérer et nécessitant, comme nous l'avons découvert tout au long de l'analyse de ce thème, une certaine implication de la part des professionnels, sont observés, évalués et pris en considération par toutes les personnes de l'équipe interdisciplinaire. Une prise en charge adaptée et uniformisée est recherchée à chaque fois qu'ils se présentent.

²⁰⁶ Ibid.

²⁰⁷ Ibid.

5.2.3 Thème 3 : Ressenti des thérapeutes

Pour répondre à mon objectif: *« Explorer le ressenti des divers acteurs de l'équipe interdisciplinaire et infirmière confrontés au un comportement agressif d'un patient post TCC »*, j'ai interrogé les participants sur leur vécu émotionnel et leur ressenti lorsqu'ils sont confrontés à l'agressivité d'un patient TCC, qu'elle soit dirigée envers eux, envers un objet ou envers le patient lui-même. Dans cette partie de l'analyse, je vais donc aborder un point qui relève du vécu propre inhérent à chaque intervenant. Comme chaque être humain est un être unique à part entière et qui ressent ses propres émotions, dans un souci d'authenticité, je vais certes relever les similitudes entre les données recueillies, si tant est qu'il y en ait, ainsi que les différences, mais je ne vais en aucun cas tenter de transposer les propos d'une personne à une autre ou de chercher une explication réelle à la cause de telle ou telle réaction, explication qui, selon moi, appartient en totalité et uniquement à l'individu interrogé lui-même.

Dans notre cadre théorique, nous avons identifié plusieurs sentiments ressentis par les soignants en proie à de l'agressivité. Parmi eux, la colère, la peur, l'angoisse, le doute²⁰⁸. Ce que je peux déjà faire émerger des entretiens que j'ai menés est qu'aucun des participants n'a évoqué ressentir de la colère. Au contraire, une des thérapeutes interrogées estime que c'est plutôt totalement illégitime aux vu des troubles physiologiques en lien avec le TCC. Voici ses mots : *« De la colère, jamais. Parce que je sais que ce sont des choses qui arrivent et je sais que ce n'est pas dirigé contre moi. Ce ne serait pas normal d'être en colère contre le patient. Je sais qu'au fond il ne le fait pas exprès et que ce n'est pas contre moi personnellement. Le patient ne fait pas ce raisonnement, l'agressivité sort comme ça. Je ne peux donc pas lui en vouloir et être en colère »*. Une autre thérapeute exprime également ne pas ressentir de la colère, car *« à quelque part, les patients n'y peuvent rien »*.

²⁰⁸ Section 3.3.7 : les soignants et l'agressivité.

Par contre, quatre personnes interrogées sur les cinq me parlent d'une certaine peur, toutefois exprimée avec certaines nuances et de manière différente. La première parle d'une « *sensation désagréable, déstabilisante* », d'une « *position inconfortable* » et émet « *qu'on peut ressentir de la peur* ». La seconde avoue clairement ressentir parfois de la peur, et met cela en relation avec une situation d'agressivité physique vécue : « *Parfois, une certaine peur. Ça m'est arrivé de recevoir des coups d'un patient donc, après, on a bien peur c'est vrai* ». Chez cette dernière, la peur se manifeste par « *des réactions de retrait* », « *de protection* ». Les deux dernières parlent également d'un sentiment de peur mais émettent la nuance quant au type d'agressivité rencontrée et la cible vers laquelle celle-ci est dirigée. L'une d'elle explique que « *si c'est de l'agressivité verbale dirigée contre du matériel ça ne me touche plus trop, par contre, si c'est dirigé contre moi avec un regard qui est noir, c'est clair que je vais avoir de la peur* ». L'autre me dit qu'elle n'a jamais eu vraiment peur lorsque l'agressivité verbale ou physique n'était pas dirigée contre elle, par contre, elle émettra qu'à une reprise, lors d'agression verbale dont elle était la cible, elle a vraiment ressenti de la peur. « *J'ai été une fois très fortement agressée verbalement et j'ai eu peur. Oui, là je peux dire que j'ai vraiment eu peur* ». Le cinquième individu, un homme, exprime clairement ne pas « *ressentir de la peur* » et l'explique par le fait qu'il ne se soit « *jamais vraiment senti en danger* ». Il rajoute toutefois que « *cela dépend du gabarit. Cela peut peut-être changer la donne* ». Nous voyons ici une différence nette entre les propos de ce participant et ceux des autres. De nouveau, il me paraît important de préciser qu'il s'agit d'un homme et que les quatre autres personnes sont des femmes. Comme précédemment en ce qui concerne le genre, je ne peux tirer aucune conclusion au vu de la taille de mon échantillon et de son seul représentant masculin. Je pense néanmoins qu'il est correct de relever que la notion de genre en lien avec le ressenti et le vécu intérieur pourrait mériter toute mon attention et une analyse propre. Deux thérapeutes m'ont fait part de la notion d'impuissance. L'une d'elle pense que « *le sentiment assez présent c'est l'impuissance* ». Selon ses propos, une des causes de ce sentiment est reliée à l'étiologie de l'agressivité chez ces patients, qui est une séquelle physiologique du TCC. « *Je ressens de l'impuissance notamment parce que je me dis que*

l'agressivité est une manifestation due à un dégât physiologique; donc le patient n'arrive pas à gérer ça lui-même et on ne peut pas lui en vouloir. Chez moi ça se manifeste par de l'impuissance ». L'autre s'exprime dans le même ordre d'idées en relatant que le fait que les patients « *n'y peuvent rien* » fait naître en elle un sentiment d'impuissance. Pour appuyer cela, nous pouvons faire référence à une étude réalisée dans le domaine de la psychiatrie en Suisse, dont un auteur du cadre théorique déclare que « *le sentiment de menace est une agression intime qui désoriente et use le professionnel en le mettant dans l'impuissance* » Guberman (1998)²⁰⁹.

Une intervenante amène une conception tout autre en formulant que ces situations d'agressivité apportent aussi « *un petit côté challenging* ». Bien entendu, il ne s'agit pas là de situation de violence physique. Comme elle le dit « *je ne suis pas maso non plus* ». Nous en revenons au besoin d'adapter, de remodeler sa thérapie ou ses objectifs lorsque le patient se trouve en phase d'agressivité. Comme nous avons pu l'observer auparavant dans le thème sur la manière de gérer l'agressivité, cela demande une capacité d'adaptation de la part du professionnel que de changer la manière dont il voulait mener sa thérapie. Mais, comme le souligne la participante interrogée, cela peut effectivement amener une part de « *challenging* », qui peut se révéler assez plaisante en définitive, surtout si on peut observer que les stratégies choisies fonctionnent. « *J'aime bien ce petit côté challenging car il faut de la finesse, du doigté avec des patients non collaborants* ».

Tous les professionnels questionnés pensent que leur ressenti émotionnel peut influencer d'une manière ou d'une autre leurs agissements, cela à des degrés différents. Néanmoins ils admettent tous que leurs émotions, bien que présentes, ne doivent pas influencer de manière trop importante sur leur attitude envers le bénéficiaire de soin. Nous pouvons faire le lien avec les propos de Catherine Mercadier (2002) qui stipule que « *la maîtrise des émotions est une obligation implicite, intériorisée par le soignant au cours de sa socialisation professionnelle. Elle s'intègre dans un véritable travail*

²⁰⁹ Citation tirée de : SCHUWEY-HAYOZ, Aline, NEEDHAM, Ian. Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. *Variation*, septembre 2006, no86, p.109.

émotionnel qui permet au soignant d'atteindre un niveau professionnel dans la relation thérapeutique, caractérisée par la neutralité » (p.213)²¹⁰. Lors de mes entretiens, j'ai pu clairement relever, de la part des thérapeutes, le souci de rester un maximum professionnel et de ne pas se laisser guider exagérément par les émotions pour gérer une situation d'agressivité. Une thérapeute s'exprime ainsi : « Je pense que de se laisser parfois un peu guider par l'émotion est humain. Je ne peux pas garantir que je me comporterai toujours de manière professionnelle, mais il faudrait que ce soit le plus possible. Mais typiquement dans une situation où le patient présente de l'agressivité envers un soignant, c'est compréhensible. On est humain et donc on ne peut pas s'attendre à ce qu'on réagisse tout le temps de manière parfaite. Mais on devrait faire en sorte que ça se passe le moins possible, justement par des mesures de prévention, de formation, d'information pour toutes les personnes qui sont confrontées à ce genre de patient, car même si on a l'habitude, ça reste des situations difficiles ». En effet, l'être humain est constitué de telle sorte qu'il ressent des émotions, des sentiments, cela d'autant plus lorsqu'il est en interactions avec d'autres individus. Le monde de la santé est régi par ces interactions, ces relations interpersonnelles. Cela implique que les sentiments font également partie de cet univers et ne peuvent être ignorés. Cependant, comme je l'ai appris lors de ma formation, dans la pratique professionnelle, tant pour un thérapeute que pour une infirmière ou un médecin, il est essentiel de savoir faire la part des choses et de ne pas fonctionner uniquement par l'émotion, mais de garder une certaine distance professionnelle. On retrouve ce même ordre d'idée chez une autre des thérapeutes interviewées qui appuie le fait qu'il faut «essayer de rationaliser les choses, chercher à séparer les choses pour que ce ne soit pas au final, le patient qui soit mal pris en charge. C'est difficile car il faut essayer de garder de la distance avec ce que l'on vit, mais pas trop, car on travaille quand même avec des gens et nous même sommes des humains ». Mais agir en tant que professionnel, en restant le plus neutre possible, ne se fait pas sans difficultés. Une intervenante décrit cela en disant que si elle

²¹⁰ MERCADIER, Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital: Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris: Edition Seli Arslan SA, 2002. 287p. ISBN : 2-84276-081-6.

ressent de la peur, cela lui demande beaucoup de maîtrise pour rester neutre et ne pas montrer que le comportement du patient agit sur elle.

Un thérapeute met en évidence un autre aspect, celui de réflexe premier. Selon lui, *« on a toujours en tête qu'on a une blouse blanche et qu'on est un thérapeute, mais c'est clair que le premier réflexe humain, serait de répondre »*. En m'éclairant sur une situation vécue dans le milieu professionnel avec un patient TCC, il me transmet que l'idée de répondre par la violence lui a traversé l'esprit. Toutefois, il déclare que *« c'est un réflexe, la raison prend vite le dessus »*. Confronté lui-même à l'agressivité physique d'un patient TCC, de manière totalement inattendue, il avoue s'être *« surpris à répondre à une action violente par une action entre guillemet virile »*. Il m'explique que sur le moment, il devait réagir, qu'il ne pouvait pas laisser faire, mais qu'après coup, avec un peu de recul, ses agissements ont été source de réflexion. *« Est-ce que c'était dans les normes ? Est-ce que je suis resté thérapeute ? Est-ce que j'ai réagi de manière trop primaire ?, ... »*. On retrouve nettement, dans ces propos, le décalage qu'il peut y avoir entre le sentiment de menace, qui amène à réagir de telle ou telle manière plus ou moins instinctive et le devoir de rester le plus professionnel possible. La démarche de ce thérapeute de revenir sur ses actes par après, d'y réfléchir, me fait repenser au devoir de tout soignant de n'être pas seulement dans l'agir, mais d'adopter une pratique réflexive.

Pour terminer, lors de l'entretien, j'ai cherché à savoir si les professionnels étaient en proie à une certaine appréhension quant à la réalisation d'une thérapie à un patient TCC pouvant démontrer de l'agressivité. À cette question, j'ai relevé des points de vue très divers. Une personne a admis éprouver de l'appréhension à donner la thérapie à un patient si cela est proche d'un événement agressif. Trois autres utilisent le mot appréhension mais ne le connotent pas de manière négative. Au contraire, ils l'attribuent plus au terme anticipation. L'une mentionne : *« je ne dirais pas vraiment de l'appréhension à proprement dit, mais il faut anticiper. Il faut en tenir compte, réfléchir et ne pas se lancer comme ça. Je ne veux pas parler d'appréhension comme « peur pour soi-même », mais peut être plus pour*

dire que ce sera une situation qui demande une petite préparation ». La seconde conçoit ressentir de l'appréhension, mais perçoit cela comme « *très utile* », car ainsi elle va essayer de « *réfléchir à différents scénarios* » et cela va l'aider à « *anticiper et mieux préparer la séance* ». Elle estime qu'ainsi consciente de ce qui peut éventuellement se produire, elle va être plus « *vigilante* ». La troisième prétend que parfois cette « petite appréhension » lui permet « *d'anticiper* » et de « *mieux se préparer* ». Enfin, la dernière personne interrogée exprime le total contraire en admettant « *n'avoir jamais ressenti d'appréhension* ». Elle précise que les phénomènes d'agressivité auxquels elle a été confrontée n'ont « *jamais été récurrents pour que ça devienne une crainte à anticiper* ».

5.2.4 Thème 4 : Les thérapeutes et la contention

Mon Travail de Bachelor s'articule autour de la problématique de l'agressivité chez des personnes qui n'ont pas forcément toute leur capacité de discernement. Avec ma collègue Florence, il nous paraissait essentiel d'aborder un sujet qui est encore souvent au centre de nombreux débats, dans les milieux de soins : l'utilisation des mesures de contention. Par mes questions, et pour répondre à mon objectif de recherche en lien avec ce thème²¹¹, j'ai cherché à identifier la relation qu'ont les thérapeutes avec la loi et l'éthique en ce qui concerne les mesures de contrainte. J'ai également essayé d'accéder au ressenti des personnes interrogées quant à ces pratiques, ainsi que de comprendre leur utilisation au sein de l'établissement.

Pour ce faire, je vais séparer ce thème en trois sous-thèmes :

- Vision des thérapeutes sur l'aspect légal et éthique
- Perception et ressenti des thérapeutes face aux mesures de contraintes
- Mise en pratique des mesures de contention

➤ *Sous thème : Vision des thérapeutes sur l'aspect légal et éthique*

A présent, je vais donc m'arrêter quelque peu sur l'aspect légal et éthique en regard des mesures de contention. La loi et l'éthique font partie intégrante des professions de la santé. C'est pourquoi, les grandes lignes devraient être connues des praticiens. Dans cette analyse, je ne me permettrai en aucun cas de juger les intervenants en ce qui concerne leur connaissance de ces textes. Je vais par contre essayer de faire émerger les idées phares auxquelles ils ont fait allusion.

²¹¹ « Identifier les connaissances de l'infirmière et de l'équipe interdisciplinaire concernant l'aspect légal et éthique en lien avec les mesures de contention ainsi que la perception qu'ils ont de ces mesures et leur mise en pratique dans l'institution ».

En ce qui concerne la connaissance de la loi sur les droits des patients, ainsi que les règlements sur l'utilisation des mesures de contraintes, tous les participants ont affirmé ignorer le contenu exact des textes y relatifs. Par ailleurs, tous en avaient une certaine notion commune qui faisait ressortir la possibilité d'utilisation de ces méthodes lorsque le patient peut s'avérer être un réel danger pour lui-même et en moindre mesure pour les autres. Voici quelques propos recueillis : « *Ma compréhension des choses, c'est qu'on essaie de pas aller dans la contention à moins qu'il y ait un danger réel pour la personne elle-même. L'idée que j'en ai, c'est que toute contention est interdite, mais il y a des situations exceptionnelles, notamment en cas de risque d'agression envers soi ou envers les autres, mais qui doivent être discutées* ». « *C'est toujours utilisé en dernier recours, pour protéger la personne avant tout contre elle-même* ». « *On utilise les contentions plutôt par rapport au patient qui se met en danger lui-même, comme si par exemple il s'agite et risque d'arracher sa trachéotomie* ». Ces paroles s'apparentent dans les grandes lignes au droit des patients qui, rappelons-le, stipule que « *par principe toute mesure de contrainte à l'égard des patients est interdite* »²¹², mais qu'il existe des situations où celles-ci sont acceptées, dans le cas où le patient risque de mettre en danger sa santé, sa vie ou celle des autres. Plusieurs professionnels soulignent également que ces mesures doivent rester « *exceptionnelles* » et être utilisées « *en dernier recours* ». L'ASSM et le droit des patients font allusion à ce point en déclarant que toutes les mesures de contention mises en place doivent être indispensables et proportionnelles au degré de danger encouru. De plus, elles ne sont justifiées que si toutes les autres options thérapeutiques ont été testées et ont échoué.²¹³

Aucun des participants n'a pu me dire s'il existait un règlement concernant la contention dans leur établissement de soins. Néanmoins, il ressort clairement que l'utilisation de la contention physique n'est pas la politique habituelle de la maison. Selon une thérapeute « *le maximum que l'on peut*

²¹² SANIMÉDIA. *Les droits des patients dans les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud* [en ligne] 2010. Adresse URL : http://www.sanimedia.ch/content/droits_des_patients/ddp_mesures_contraintes.htm (Consultée le 26 décembre 2010).

²¹³ Ces propos sont tirés de des droits des patients Valaisan et des directives médico-éthiques de l'ASSM (2005) sur les mesures de contrainte en médecine.

faire, c'est sans contention. Le but c'est de ne pas mettre de contention, à part s'il risque de se blesser ou de blesser autrui ». Une autre affirme que « *ce n'est pas un traitement de choix, on l'utilise le moins possible* ». Il a également été évoqué à quelques reprises que la contention médicamenteuse était peut être plus pratiquée dans cette clinique, mais que cela devait rester dans des doses acceptables pour ne pas engendrer trop d'effets secondaires pouvant nuire à la réadaptation du patient. L'avis des participants concernant l'administration de médicaments pour « *contenir* » les personnes est mitigé. J'y reviendrai dans la deuxième partie de mon analyse.

Tous les intervenants ont le sentiment que l'institution dans laquelle ils travaillent respecte les principes éthiques et les droits des patients concernant la prise en charge d'une personne agressive. L'un d'eux déclare « *oui, parce que justement, on met tout en œuvre pour pas qu'on ait besoin de les attacher* ». Un autre affirme que « *en terme de contention, on va faire le minimum pour que le patient ne se mette pas en danger, on va principalement utiliser d'autres moyens* ». J'ai pu constater que les situations décrites par les soignants constituaient pour la plupart des situation de mise en danger de la personne ne faisant pas forcément référence à des situations d'agressivité, mais plutôt de risque de chute.

Quatre personnes soulignent un facteur important : la taille des équipes soignantes. Selon elles, surtout en ce qui concerne les soins, un personnel plus nombreux permettrait d'obtenir une plus grande sécurité des patients et ainsi d'éviter certaines mesures de contention. Une participante déclare ainsi que si on veut « *tendre à éviter la contention* », il faut que l'environnement soit « *sécuritaire* », mais que malheureusement, le nombre de soignants est parfois « *serré* ». L'autre affirme que « *parfois il n'y a pas assez de personnel pour garantir suffisamment de sécurité pour les patients* ». Selon elle, cet aspect constitue un « *point à soulever* » si l'on veut encore améliorer la prise en charge des patients en utilisant « *encore moins de ces moyens de contention* ». La dernière exprime qu'il est parfois nécessaire d'avoir recours à des mesures de contention, car « *il ne peut pas y avoir un soignant 24h sur 24 pour surveiller le patient* ». Si je fais référence au cadre théorique, les

directives médico-éthiques de l'ASSM, stipulent que, effectivement, surtout dans le domaine de la psychiatrie et de la gériatrie, un personnel formé et suffisant est nécessaire pour parvenir à utiliser le moins possible les mesures de contraintes²¹⁴. Les dires de la quatrième thérapeute appuient totalement ce qui est formulé par l'ASSM. *« Si on veut gérer certaines situations sans moyens de contention, cela implique qu'il faut aussi des infrastructures adaptées et capables de gérer ces patients par d'autres moyens. L'idéal c'est de pouvoir gérer les situations sans en arriver aux mesures de contention, mais c'est vrai que ça demande des moyens, du personnel qu'on n'a pas toujours ; et ça demande des personnes qui soient formées à ce genre de problèmes-là »*. Je tiens à noter que ces personnes, dans leur discours, n'ont pas fait allusion seulement à des situations où le patient démontrait de l'agressivité envers lui-même, mais aussi à des situations risquées pour lui en termes de chute.

Nous le savons déjà, il n'est pas toujours évident de prendre des décisions en respect de l'éthique. Pourtant, cela constitue un des devoirs fondamentaux du personnel soignant. Comme l'explique Geneviève Poirier Coutansais dans son chapitre sur l'éthique soignante : *« Dans la pratique des soins, chacun a le devoir de s'interroger face à certaines situations ou pratiques de soins. Le soignant doit préserver sa faculté de jugement et défendre au sein de l'institution les principes d'une liberté consciente et vigilante afin de répondre le plus équitablement possible, toujours dans l'intérêt de la personne, aux missions qui lui sont dévolues »*²¹⁵. Lors des entretiens, deux professionnels m'ont fait part de choix difficiles en relation avec l'éthique et les mesures de contention. Ceux-ci tournaient tous autour du même questionnement : quelle est la frontière entre, d'une part, le besoin de contention pour assurer la sécurité du patient et de l'autre, le rôle propre de la réadaptation qui est de l'aider à progresser ? Une physiothérapeute exprime qu'elle est très souvent en proie à un questionnement. Le but étant que le patient retrouve ses réflexes et réussisse à marcher par lui-même, le

²¹⁴ Section 3.3.12 : les mesures de contraintes : point de vue médico-éthique.

²¹⁵ FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Editions MALLET CONSEIL, 2009. 291p. ISBN : 978-2-9533311-0-3.p.177

risque de chute est bien présent, car *« ses réaction de rattrapage ne sont pas efficaces »*. *« Faut-il prendre le risque qu'il tombe, mais au moins il va marcher seul, même en s'accrochant aux tables ou assurer la sécurité en le mettant la plupart de la journée en chaise, ce qui implique donc qu'il marche moins et qu'il diminue en autonomie ? »*. L'autre déclare qu'il *« est parfois difficile de faire le bon choix en tenant compte des risques encourus par le patient et de notre devoir de le faire progresser dans ses mouvements »*. Les autres intervenants mentionnent ne pas avoir de réels dilemmes éthiques dans leur pratique, car ce n'est pas leur *« rôle »* proprement dit d'instaurer les mesures de contention. *« Quand ils viennent chez nous, c'est le personnel soignant qui les a préparés », « ça ne m'est jamais arrivé de demander par moi-même que le patient soit un peu sédaté ou attaché, je ne suis pas directement concernée, les infirmiers le sont bien plus »*.

En relation avec ces derniers mots, je tiens à noter que certains thérapeutes interrogés m'ont à juste titre fait remarquer qu'ils n'étaient peut être pas les plus concernés par la mise en œuvre et l'utilisation des mesures de contention qui est une décision appartenant au médecin et dont les garants sont plutôt les membres du personnel infirmier. Ce sujet touchant effectivement essentiellement les médecins qui prennent la décision de l'instauration ou non de ces mesures ainsi que les soignants qui les mettent en pratique, certaines personnes interrogées se sont peut être senti prises au dépourvu face à mes questions. Toutefois, j'ai pu constater que les divers intervenants se sentaient en accord avec les pratiques de leur institution, même s'ils n'en étaient pas forcément toujours les acteurs directs.

➤ **Sous-thème : Perception et ressenti des thérapeutes face aux mesures de contraintes**

Pour comprendre le rapport qu'ont les thérapeutes avec les mesures de contraintes, il est inévitable de chercher à appréhender leur ressenti et leur perception face à ces méthodes.

En ce qui concerne le ressenti des divers intervenants face aux mesures de contention, qu'elles soient physiques ou chimiques, plusieurs termes

qualificatifs sont ressortis : « *dérangeant* », « *émotionnellement insupportable* », « *pas agréable* », « *choquant* », « *perturbant* ». On peut constater qu'il s'agit de connotations plutôt négatives. La contention, bien qu'acceptée pour certaines situations dans les milieux de soins demeure tout de même troublante et touche les soignants. Elle a donc un impact sur l'émotionnel des professionnels de la santé. En effet, la mise en place de telles mesures peut engendrer nombre de questionnements quant au respect des droits humains et au rôle de tout soignant ou thérapeute de prendre soin. Plusieurs thérapeutes m'expliquent qu'ils cherchent à savoir si c'est « *justifié* », et quel en est « *la raison* ». Un d'eux me dira même qu'il essaie de « *s'identifier* », de « *se mettre à la place du patient* ». Voir un patient « *contenu* » ne laisse donc pas indifférent et prête à la réflexion.

Pour certaines des personnes interrogées, le fait d'instaurer des mesures de contention est plutôt considéré comme une action à visée sécuritaire pour, comme nous en avons déjà parlé auparavant, limiter la mise en danger de lui-même ou d'autrui. Certains, notamment concernant la contention médicamenteuse par l'administration de neuroleptiques ou anxiolytiques, estiment par contre qu'on peut y trouver une action thérapeutique, si toutefois le bon dosage est administré et que le patient ne se retrouve pas totalement amorphe. « *Lui donner des médicaments pour le tasser un petit peu permet d'assurer un minimum de collaboration, pour que les soins de base puissent s'effectuer et qu'une interaction puisse avoir lieu* », « *si c'est bien dosé je pense que ça peut avoir un aspect thérapeutique, car ça veut dire qu'on pourra lui permettre de réaliser quelque chose, car si on ne le fait pas et que rien ne peut se faire en thérapie, le patient lui-même est encore plus dans l'incapacité de réaliser des apprentissages* ».

A l'inverse, les deux neuropsychologues interrogées émettront de grandes réserves quant à l'utilisation de contention chimique qui a, en effet, des répercussions quelque peu négatives quant à l'activité cérébrale déjà perturbée des patients cérébro-lésés. « *Les sédatifs et anxiolytiques augmentent le risque d'épilepsie chez les patients TCC, ça augmente la confusion alors qu'ils sont déjà confus, donc ça freine l'amélioration des*

fonctions cognitives et la récupération. Ça ne fait que repousser le problème et ajouter des risques en plus », « *d'un point de vue neuropsychologique, nous on aime vraiment pas la contention chimique, car ça interfère avec le bon fonctionnement cognitif du patient* ». Comme le rôle propre de ces professionnels consiste entre autre à évaluer et rééduquer les fonctions cérébrales atteintes, nous pouvons comprendre que ceux-ci ne peuvent être en accord total avec une médication pouvant interférer de manière négative avec le but de leur thérapie.

Contrairement aux idées préconçues que j'avais avant de réaliser ces entretiens, l'utilisation des médicaments plutôt que de la contention physique à proprement dit n'est donc pas préférée par la majorité des soignants. Outre l'avis des neuropsychologues que nous venons d'explorer, deux autres personnes ont souligné que de voir un patient complètement « *shooté* » ou « *abruti* » n'était pas moins choquant que de voir une personne attachée se débattant quelque peu.

➤ **Sous-thème : Mise en pratique des mesures de contention**

Dans cette partie de mon analyse, je vais m'atteler à détailler quelque peu la mise en pratique des contentions et les moyens appliqués pour y pallier, dans l'institution choisie.

Selon l'ASSM, la mise en place de mesures de contrainte ne peut se faire que sur ordre médical²¹⁶. Selon plusieurs professionnels questionnés, c'est le personnel soignant, en collaboration avec le médecin, qui va en discuter dans un premier temps. Le sujet sera ensuite abordé au colloque interdisciplinaire, où chacun des intervenants présents pourra s'exprimer. « *On en parle, on regarde comment ça se passe pendant les thérapies* », « *on transmet comment le patient se comporte chez nous et on évalue s'il est nécessaire de maintenir la contention ou si elle devient inutile* ». Une physiothérapeute explique que le médecin leur demande également souvent leur avis en ce qui concerne la marche. Néanmoins, il est clairement ressorti

²¹⁶ Section 3.3.12 : les mesures de contrainte : point de vue médico-éthique.

à plusieurs reprises que la décision finale est toujours prise par le médecin.
« *C'est toujours le médecin qui a le dernier mot* ».

Les mesures de contrainte physiques rencontrée dans l'institution, pour des patients ayant subi un TCC, sont, selon les dires des thérapeutes, en grande majorité pour éviter le risque de chute. L'un d'eux rapporte que : « *on ne va pas les attacher parce qu'ils risquent de nous donner un coup de poing* ». Diverses personnes interviewées ont relevé l'utilisation de « *ceinture ou tablette* » mise à la chaise roulante pour éviter que le patient, dans un accès « *d'impulsivité* » veuille se lever et chute, ou l'usage de « *barrière au lit* ». Une participante en revient toutefois au cadre restrictif instauré lors de troubles du comportement en expliquant que, parfois, l'espace du patient est « *limité à sa chambre ou à l'étage* » et que « *l'accès au balcon ou à l'ascenseur est bloqué, notamment en raison du risque de suicide ou de fugue* ».

Dans cette clinique, j'ai pu constater, par les propos des personnes interrogées, qu'une réelle implication et de réels efforts sont réalisés par l'équipe soignante et les thérapeutes pour proposer plusieurs moyens dans le but d'éviter la mise en place de mesures de contrainte. « *On met tout en œuvre pour ne pas avoir à les attacher, en fait* ». Parmi ces ressources, certains professionnels ont fait allusion à la pose de matelas par terre entourés de coussins plutôt que de mettre des barrières au lit pour éviter les risques de chutes. Il a aussi été évoqué, pour limiter ces chutes et ne pas contraindre les patients à se déplacer en fauteuil avec une tablette sécurisante, que le personnel infirmier accompagne le patient jusqu'en thérapie pour le sécuriser, en lui permettant tout de même de marcher par lui-même. Plusieurs thérapeutes ont également déclaré qu'ils enlevaient la tablette ou la ceinture de contention mise à la chaise roulante lorsque le patient était en thérapie et qu'ils restaient auprès de lui, ou de même si leur famille était présente. Nous voyons bien avec ces propos que l'utilisation des mesures de contention physique n'est donc pas abusive puisque, dès que possible, ces dernières sont enlevées ou remplacées par d'autres moyens.

En conclusion, j'ai compris par ces entretiens, que peu de mesures de contraintes purement physiques sont utilisées en relation avec la seule l'agressivité d'un patient, hormis toutefois la mise en place d'un cadre restrictif dont le but est de sécuriser le patient en ne le mettant pas en présence d'un surplus de stimuli. La plupart de ces mesures sont, en effet, proposées plutôt dans une optique de limitation du risque de chute. En ce qui concerne la médication, par contre, il a été relaté que ce moyen est plus utilisé à la clinique, mais dans le but de calmer l'anxiété du patient et non pour le « *contenir* » à proprement dit.

Je tiens toutefois à préciser que les personnes interrogées ont toutes insisté sur le fait qu'elles ne sont pas au premier plan en ce qui concerne cette thématique et que, peut être, les infirmiers en auraient une autre vision, du fait qu'ils participent plus au processus décisionnel et qu'ils sont en contact avec le patient 24h sur 24, 7 jours sur 7, sauf quand il est en thérapie.

5.2.5 Thème 5 : Le rôle de la formation

Cette partie de l'analyse est mise en lien avec l'objectif « *Comprendre le rôle de la formation dans la prise en charge de l'agressivité* ». Arrivant moi-même au terme de mes quatre ans d'études, je me rends compte que l'aspect de l'agressivité des patients, cérébro-lésés ou non, a peu été abordé en cours. Je pense en avoir acquis quelques notions dans les cours de communication et de gestion des conflits, mais pas de manière approfondie. Il me semblait important d'interroger les professionnels sur ce sujet pour comprendre la place de la formation et de l'information dans la gestion de ces troubles, en lien avec les personnes atteintes de TCC.

Tout d'abord, toutes les personnes questionnées, quelle que soit leur profession, ont été catégoriques en relatant que leur formation initiale les a peu, voire pas du tout, préparées à gérer un trouble du comportement agressif, notamment en ce qui concerne les personnes cérébro-lésées. Selon elles, ce manque se ressent clairement à l'arrivée sur le terrain. Un thérapeute déclare ne pas avoir été « *armé pour ça* » en sortant de l'école. Il appuie ses propos en expliquant qu'il se rend bien compte, encore aujourd'hui, avec les stagiaires qu'il encadre, que « *c'est un domaine où les élèves sont démunis* ». Une autre participante appuie ces paroles en affirmant avoir été « *très peu préparée* », très peu « *sensibilisée* » en ce qui « *concerne l'agressivité* ». Les deux neuropsychologues expriment avoir eu des cours sur l'étiologie des troubles du comportement d'un point de vue physiopathologique, en regard des lésions cérébrales, mais ne se rappellent pas en avoir eu sur la gestion même de l'agressivité. Les physiothérapeutes attestent avoir reçu quelques informations sur les conséquences inhérentes au TCC, mais aucune en lien avec une quelconque prise en charge ou gestion des troubles du comportement, de l'agressivité. L'une d'entre elle affirme avoir appris durant sa formation générale qu'il « *peut y avoir des troubles du comportement suite à une lésion cérébrale* » mais que les notions de gestion et d'attitude à adopter face à cela n'ont pas été abordées.

Par tous ces propos, on ne peut que constater le réel manque de formation donnée à l'école en ce qui concerne la gestion des troubles du comportement agressif et cela indépendamment de la discipline. Il est évident que dans le cadre d'une formation initiale, le temps imparti étant restreint, le but est de pouvoir avoir un aperçu global d'un maximum de pathologies et de leurs répercussions et de pouvoir poser les bases de la prise en charge. Bien entendu, tout ce qui concerne des apprentissages plus spécifiques en lien avec tel ou tel domaine de soins se fait de manière plus pointue sur le terrain et lors de formations complémentaires. Une neuropsychologue le démontre en relatant que *« c'est quand même un domaine très spécifique et qui n'est souvent pas abordé au cours d'études générales. Ce sont des choses qui sont connues mais c'est tellement spécifique que ce n'était pas abordé dans le cadre de mes études. C'est dommage »*.

Les thérapeutes interrogés m'ont en effet tous fait part que la majorité de leurs connaissances s'étaient développées grâce à l'expérience *« en pratique »*, *« sur le terrain »*, *« sur le tas »*, *« par confrontation avec les patients »* ainsi que par des formations complémentaires telles que les *« post-grades »*, *« une spécialisation en neuroréadaptation »* ou les *« formations internes à la clinique »* ou encore par *« des lectures spécifiques personnelles en lien avec le sujet »*. Pour illustrer cela, je relève les propos d'une neuropsychologue qui explique avoir appris ce qu'elle sait *« en pratique »*, ainsi qu'en lisant *« sur le domaine des TCC »* et sur la *« façon de gérer des troubles du comportement »*.

Avant d'être confronté à la réalité du terrain, la majorité des thérapeutes témoignent ne pas avoir été vraiment conscients que l'agressivité pouvait en faire partie. *« Ce n'est pas un truc auquel on pense vraiment »*, *« non, ce n'était pas vraiment quelque chose de thématisé »*, *« non, je ne me rendais pas compte que c'était à ce point là »*. Seule l'une d'entre eux admet qu'elle savait que *« c'était quelque chose qui existait, que c'était une possibilité »*.

Malgré ce manque de sensibilisation lors des études générales, plusieurs thérapeutes considèrent tout de même que la formation et les connaissances théoriques sont des compétences fondamentales pour les professionnels qui sont confrontés aux troubles du comportement agressif chez les personnes atteintes de TCC. L'une d'elle mentionne que *« les connaissances théoriques sont essentielles pour faire le lien entre l'agressivité et son étiologie et pouvoir adapter nos interventions et notre prise en charge »*. Une autre complète cela en avançant que *« les connaissances théoriques permettent de comprendre les mécanismes de l'agressivité chez une personne cérébro-lésée. Si on comprend mieux, on sait mieux comment agir »*. La troisième personne explique que *« les connaissances de la pathologie et de ses conséquences vont permettre de mieux comprendre l'attitude du patient et donc de savoir comment agir correctement »*. Une participante rajoute qu'il est certes important d'avoir ces connaissances de base, mais qu' *« il faut aussi avoir les formations nécessaires pour pouvoir prendre en charge cette agressivité »*. Nous pouvons mettre ces propos en lien avec les dires de Cahill [et al.], relatés dans l'étude d'Antoine Lutumba Ntetu [et al.] (1999), cité dans notre cadre de référence, qui précise que *« de façon générale, les succès dans la gestion des bénéficiaires potentiellement dangereux reposent principalement sur une équipe bien formée. Médecin, infirmières, agents de sécurité et personnel de soutien devraient être préparés à intervenir en situation de crise »* (p.220)²¹⁷. Dans cette même étude, il est relaté l'utilisation du programme de formation, IPPNA (Intervention psychologique et physique non abusive) qui a pour but *« d'enseigner une série de principes et de techniques permettant de reconnaître et de désamorcer de manière non abusive des situations menaçant la sécurité des bénéficiaires et des intervenants. Ce programme met l'accent à la fois sur les compétences techniques des personnes à former et sur leur souci de maintenir une relation constructive et positive avec les bénéficiaires »* (p.221)²¹⁸. Les conclusions de l'étude d'Aline Schuwey-Hayoz et Ian, Needham (2006), apportent la même idée. En effet

²¹⁷ LUTUMBA Ntetu [et al.]. Les agressions en milieu psychiatrique. Vécu et perceptions des intervenants du Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie. *Santé mentale au Québec*. 1999, vol.24, n°2, p.217-228

²¹⁸ Ibid, p.221.

cette étude réalisée dans le domaine de la psychiatrie démontre que « *le personnel infirmier doit être formé et préparé à la gestion de l'agression. Une formation continue spécifique pour les soignants permettrait d'améliorer les compétences en communication et le désamorçage des situations conflictuelles* »²¹⁹. Bien que ces deux études soient spécifiques aux soins infirmiers en psychiatrie, je pense que les conclusions seraient les mêmes pour tout thérapeute confronté à cette même problématique et cela également dans le domaine de la neuroréadaptation. Selon moi, la frontière avec la psychiatrie est très proche si l'on part du principe que, dans les deux domaines, les patients ne sont pas forcément en capacité de discernement, pour les uns du fait de leurs atteintes purement cérébrales, pour les autres à cause de la maladie psychiatrique proprement dite. Par ces études et par les dires des professionnels interrogés lors de mes entretiens, nous pouvons déjà comprendre l'importance de former les intervenants qui sont confrontés à ces situations.

Je souhaite pousser la réflexion en pensant également à d'autres personnes pouvant être confrontées à ces problématiques. En effet, Les troubles du comportement d'une personne cérébro-lésées vont également avoir un impact non négligeable sur la famille, sur les proches. Comme nous l'avons mentionné dans la partie théorique sur le traumatisme crânio-cérébral, les changements de comportement constituent une des principales sources de difficulté et d'incompréhension pour la famille²²⁰. Selon Jilg (2007), « *lorsque le membre de la famille concerné, qui était autrefois une personne équilibrée, chaleureuse et mûre, a soudainement des accès d'agressivité, manifeste un comportement d'enfant ou fait des crises de jalousie extrêmes, la situation est difficile à vivre pour les proches* » (p.55)²²¹. Il conviendrait donc de proposer également aux familles, des formations en lien avec le traumatisme de leurs proches et ses conséquences. Pour exemple, une formation spécifique a été mise sur pied à titre d'expérimentation pour les parents d'adolescents souffrant de déficience intellectuelle et présentant des

²¹⁹ SCHUWEY-HAYOZ, Aline, NEEDHAM, Ian. Caractéristiques de l'agressivité des patients dans une hôpital psychiatrique en Suisse. *Variation*, septembre 2006, no86, p.108-115.

²²⁰ Section 3.1.6 : Et la famille.

²²¹ JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE SUISSE, 2007.72p.

comportements agressifs. Il s'agit de la formation ICARE²²², dont nous avons déjà fait mention dans notre cadre théorique. Ce programme comporte « *les éléments essentiels afin de permettre aux parents d'intervenir de façon efficace et sécuritaire lors des situations de crise d'agression (envers les autres, envers le matériel ou envers soi)* » (Tassé, 1999, p.106)²²³. Après un entretien téléphonique avec l'infirmière clinicienne de l'institution, je sais que les familles sont vues régulièrement par les médecins et toute l'équipe interdisciplinaire, lors des colloques de famille. Les troubles du comportement, s'il y en a, sont abordés avec eux à ce moment-là. Aucune formation spécifique n'est pour le moment mise en place pour les familles, mais celles-ci sont suivies et entourées de manière régulière par le psychiatre, pendant l'hospitalisation. A la sortie de la clinique, elles sont dirigées vers l'association FRAGILE²²⁴, qui propose notamment des groupes d'entraide et des soirées à thèmes pour les patients ayant subi un TCC et leurs proches.

Pour conclure, il est ressorti chez quelques participants que la formation en lien avec la gestion de l'agressivité et l'expérience du terrain a quelque peu modifié leur manière de concevoir et d'appréhender l'agressivité à l'extérieur. Comme le dit une participante : « *dans certaines situations, on transfère notre manière de réagir dans le quotidien, mais pas tout le temps. Dans la rue par exemple, mais pas dans le couple ou dans la famille* ». Une autre estime avoir « *quelques clés en plus* ». Cependant, cet avis n'est pas partagé par tout le monde, des personnes faisant une différence catégorique entre l'agressivité de personnes cérébro-lésées et celles rencontrées dans le quotidien.

²²² Les abréviations ICARE signifient : Intervention pour comportement agressif en résidence/réadaptation.

²²³ TASSÉ, Marc[et al.]. Formation ICARE (Intervention pour comportements agressifs en résidence/réadaptation) pour parents d'adolescents présentant une déficience intellectuelle et des comportements agressifs. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 1999, vol10, n°2, p.101-108.

²²⁴ FRAGILE est l'association suisse des personnes cérébro-lésées et de leurs proches.

5.2.6 Thème 6 : Et après l'agression ...

J'arrive à présent à la dernière partie de mon analyse. Je vais aborder l'aspect post situation d'agressivité. Pour ce faire, je vais, dans un premier temps, mettre en mots la procédure que les professionnels suivent après ce genre de situation pour transmettre l'information. Dans un second temps, il sera question des attentes des professionnels vis-à-vis de leur institution, de leur équipe et de ce qui se fait réellement lorsque ceux-ci ont été confrontés à une agression physique ou verbale.

Pour commencer, outre la feuille des 3C que tout le monde a mentionnée et que j'ai déjà détaillée dans mon analyse, une autre forme de recensement écrit d'événements a été exprimée. Plusieurs thérapeutes font mention de « *message qualité* ». Ces messages ont été « *mis sur pied* » dans le but de pouvoir « *déclarer un incident* ». Ces formulaires sont accessibles à tous les intervenants et se trouvent sur l'intranet de la clinique. Ceux-ci peuvent être remplis dans toute situation où un incident se produit, comme par exemple lors de « *chute d'un patient* » ou de « *morsure d'un thérapeute par un patient* », ... Dans son rapport sur la violence au travail, le CII²²⁵ dénombrait six actions que pouvaient entreprendre les soignants lorsqu'ils se voyaient confrontés à de la violence²²⁶. Le rapport d'événement en fait partie. Je suis consciente que le CII a un regard sur la pratique infirmière et non sur celle des autres thérapeutes. Cependant, comme les personnes auprès desquelles j'ai mené mes entretiens m'ont relaté cette manière d'agir identique à celle exprimée par le CII, je pense qu'il n'est pas erroné de mettre en lien cette théorie avec leur pratique. En ce qui concerne les messages qualité au sein de la clinique interrogée, ceux-ci sont tout d'abord destinés au responsable du service qualité et au chef de service. Si ces personnes l'estiment nécessaire, ces messages sont transmis plus haut dans la hiérarchie, au directeur médical et au directeur administratif.

²²⁵ CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. *Directives : Comment affronter la violence au travail*. [en ligne].2007.

Adresse URL : http://www.anil.lu/image/directive_sur_la_violence_au_travail_presse15504377.pdf (consultée le 2 janvier 2011).

²²⁶ La violence étant, comme nous l'avons défini dans notre cadre théorique, un aspect de l'agressivité, je me permet d'utiliser le rapport du CII pour éclairer les dires des soignants interrogés.

Il est ressorti chez toutes les personnes interrogées que les situations d'agressivité étaient rapportées de manière orale, dans un premier temps aux collègues de la même discipline, puis lors du colloque interdisciplinaire. L'une d'elle déclare « *on parle beaucoup dans le bureau avec les collègues, et si c'est nécessaire avec les autres thérapeutes qui s'occupent du patient, en interdisciplinarité* ». Une autre rajoute « *on transmet l'information à l'interne de l'équipe de physio qui se charge de la neuroréadaptation et après, il y a échange d'information au niveau des colloques interdisciplinaires* ». Une autre ajoute « *j'en discute au colloque, parce que si ça m'est arrivé à moi, ça peut arriver aussi à d'autre et donc on doit voir comment on réagit dans ces situations-là, parce qu'on n'est pas là pour se faire insulter non plus* ». Plusieurs ont également signalé en parler avec les soignants, même en dehors des colloques. « *J'essaie aussi beaucoup de voir avec les soins, de savoir comment ça se passe chez eux, parce que eux ils sont vraiment souvent confrontés à ça. Et pour justement avoir aussi une transmission d'informations de leur part, sur leur pratique* ». Nous pouvons à nouveau relier ces propos à une des actions relatée dans le rapport du CII²²⁷ : la discussion. Par ce moyen, les professionnels ayant été confronté à la violence d'un patient décident de se confier à l'équipe de santé, à leur famille et à leurs amis²²⁸. Le fait de partager les situations d'agressivité vécues lors des colloques interdisciplinaires ou entre collègues permet à chaque professionnel de s'exprimer sur ce qu'il a vécu, d'en parler et, en collaboration avec toutes les disciplines, de trouver des solutions quant à l'attitude commune à adopter et à la prise en charge.

Enfin, à la question de ce qui se fait par leur institution en terme de suivi après une situation d'agressivité, les personnes interrogées ont toutes répondu qu'il n'y avait rien de vraiment formel mis sur pied à leur connaissance. Une thérapeute pense qu'après une « *grosse situation* », le psychiatre serait proposé. La majorité d'entre eux déclarent toutefois ne pas

²²⁷ CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. *Directives : Comment affronter la violence au travail*. [en ligne].2007.

Adresse URL : http://www.anil.lu/image/directive_sur_la_violence_au_travail_presse15504377.pdf (Consultée le 02 janvier 2010).

²²⁸ Section 3.3.7: les soignants et l'agressivité.

savoir ce qui existe exactement, notamment au niveau des soignants qui sont, selon leurs dires, plus confrontés à cette problématique.

En ce qui concerne leurs attentes vis-à-vis de l'institution, il a été mis en évidence, un besoin de se sentir « *soutenu* », de « *compassion* », de « *valorisation* », d'être « *pris en considération* ». Il est cependant ressorti que ces attentes étaient plutôt dirigées vers leurs collègues, l'équipe interdisciplinaire ainsi que les chefs de services, plutôt que vers les représentants de l'institution elle-même. Un thérapeute déclare ne rien attendre de l'institution, mais vraiment plus « *des intervenants auprès du patient* », de « *l'équipe interdisciplinaire* ». Une intervenante exprime tout de même attendre un peu plus de « *valorisation* » de la part de l'institution elle-même. Selon elle, « *ce serait quand même pas mal d'avoir plus de valorisation par rapport à ces gens qui ne se rendent pas bien compte de ce qu'on fait et de ce qu'on vit* ».

Une thérapeute ajoute une notion intéressante en admettant qu'il n'est toutefois pas évident de parler à ses collègues des situations qui se passent un peu moins bien avec le patient. On peut comprendre qu'il est difficile pour tout soignant ou thérapeute d'admettre que la prise en soin ne se déroule pas comme on l'espère avec le patient, et cela pour diverses raisons. En relation à cela, nous pouvons faire allusion aux écrits de E.Gbezo (2005) qui relate, cependant seulement en lien avec les situation d'agressivité, que « *de nombreuses études ont révélé que beaucoup de cas d'agressions subies par les soignants sont dissimulés par la peur, peur de représailles, peur de paraître un mauvais professionnel devant ses collègues, peur de ternir l'image de l'établissement* » (p.27)²²⁹. Certes, la thérapeute interrogée n'a pas fait mention qu'elle dissimulait certaines situation à ses collègues, mais bien qu'elle éprouvait parfois une certaine difficulté à en parler, au début de sa pratique.

²²⁹ E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.

Deux participantes, estiment que l'agressivité fait partie du « *tableau* », des « *risques du métier* ». L'une d'elle considère que tant qu'elle n'a pas été victime de coups et blessures, « *cela fait partie des choses* » qu'elle peut « *gérer personnellement* » et donc qui ne nécessitent pas de « *débriefing* ». Dans le même ordre d'idée, l'autre considère l'agressivité comme une « *manifestation normale* » chez les personnes cérébro-lésées, qu'elle mentionnera « *au colloque* », mais pas plus « *qu'un autre problème* », comme un « *problème de mémoire* ». Celle-ci rajoute cependant que s' « *il y a un réel danger* », elle attendrait un soutien de la part de ses collègues et de l'institution elle-même.

En analysant les paroles des professionnels, j'ai eu l'impression qu'ils avaient toujours trouvé le soutien nécessaire relatif à ce qu'ils ont déjà vécu.

5.3 Synthèse

Par cette recherche je désirais découvrir et comprendre le vécu de plusieurs professionnels de l'équipe interdisciplinaire d'une institution face à l'agressivité d'un patient ayant subi un TCC, ainsi que leur conception de cette agressivité et leur manière de la gérer au quotidien. Après avoir recueilli les données lors des entretiens et les avoir analysées je pense pouvoir répondre à présent à ma question centrale de recherche :

« Comment le professionnel de l'équipe interdisciplinaire perçoit-il et gère-t-il l'agressivité d'un patient souffrant d'un traumatisme crânio-cérébral »

Pour réaliser cette synthèse, je vais revenir sur mes différents objectifs de recherche, en ne prenant toutefois en compte que les professionnels de l'équipe interdisciplinaire et non de l'équipe infirmière.

Objectif : *Identifier la perception qu'ont les professionnels de l'équipe interdisciplinaire et infirmière de l'agressivité d'un patient ayant subi un TCC.*

En ce qui concerne l'agressivité en général dans les soins, je peux dire que celle-ci est perçue par tous comme négative, comme obstacle à la relation, aux soins et comme ayant un impact négatif pour le patient et pour le soignant. La vision de l'agressivité démontrée par des patients atteints de TCC semble quant à elle plus nuancée et acceptée par les professionnels interrogés. Ceux-ci la considèrent comme une des séquelles normales pouvant faire suite à une atteinte cérébrale et donc ne sont pas surpris de la rencontrer. Toutefois, bien que celle-ci soit « *attendue* » dans de tels cas, elle n'en demeure pas moins perçue de manière négative comme une entrave au processus de réadaptation, une source d'impuissance et parfois d'une certaine peur. Malgré son caractère physiologique relié à la pathologie sous-jacente, elle doit être cadrée.

Par ailleurs, outre la notion de conséquence directe du TCC, d'autres causes pouvant amener le patient à développer un comportement agressif ont été relatées par les thérapeutes. J'ai pu comprendre, lors de mon analyse, que les patients, bien que souffrant de lésions cérébrales, ne sont, la plupart du temps, pas agressifs spontanément, mais peuvent le devenir à cause de facteurs déclenchants. Parmi eux, j'ai pu identifier les suivants : certaines relations interpersonnelles (l'effet « *blouse blanche* », le genre du thérapeute, l'autorité du soignant ou thérapeute), l'impact du lieu et du moment de la journée en relation avec la fatigue et l'état d'éveil du patient, la douleur ainsi que la mise en échec du patient, la frustration de ne pas réussir à réaliser certaines activités ou encore la difficulté d'acceptation de sa nouvelle image de soi, de son handicap, qu'il soit visible ou non. Toutes ces situations sont décrites comme source d'agressivité, notamment chez les patients atteints de TCC qui ont déjà des prédispositions de par leurs atteintes.

Objectifs : *Identifier les attitudes et les comportements des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire et infirmière dans la gestion d'un client ayant subi un TCC et présentant un comportement agressif et les mettre en commun.*

Identifier les moyens mis à disposition par l'institution pour permettre la gestion de l'agressivité.

Grâce aux entretiens, je pense avoir bien pu cerner la manière de prendre en charge, dans cette institution, les patients atteints de TCC démontrant de l'agressivité. Cette partie peut être divisée en plusieurs sous-catégories : premièrement, j'ai relevé les réactions et comportements mis en place par les thérapeutes. Ceux-ci sont de plusieurs ordres et dépendent notamment de la phase dans laquelle se trouve le patient. Les attitudes généralement requises et citées par les participants sont le calme, l'apaisement, en aucun cas la confrontation. La majorité des personnes interrogées ont insisté sur l'importance d'établir une relation de confiance avec le patient pour pouvoir, malgré les épisodes d'agressivité, avancer dans le processus de réadaptation.

J'ai pu observer une réelle implication de la part des thérapeutes quant à l'organisation des thérapies. En effet, il est ressorti que ceux-ci font preuve d'anticipation et d'adaptation, parfois non sans difficulté, pour assurer le bon déroulement de la thérapie, si celle-ci est réalisable. Par contre, si la sécurité fait défaut, la thérapie doit être arrêtée immédiatement. En relation avec cela, l'importance d'un environnement sécuritaire a également été relevée. Plusieurs précautions sont prises par les thérapeutes : avoir à portée de main la sonnette, pouvoir se retirer rapidement, organiser la thérapie dans un lieu absent de stimuli pouvant déstabiliser le patient.

Ensuite, j'ai pu identifier les outils dont peuvent se servir tous les professionnels qui gravitent autour du patient pour évaluer les troubles du comportement, leur fréquence, leurs facteurs déclenchants et leurs répercussions sur le patient. Selon la majorité des personnes interrogées, bien que sous utilisés, ces outils conservent toute leur importance et permettent à tout un chacun de suivre l'évolution du patient, de savoir quels sont les facteurs pouvant être source d'agressivité et quelle attitude adopter ou éviter face à lui. Aucun protocole n'existe en ce qui concerne la manière de gérer l'agressivité d'un patient. Celle-ci se fait au cas par cas, en interdisciplinarité.

En effet, les participants soulignent tous l'importance du travail en interdisciplinarité et du partage de compétences, attribuant notamment un rôle conséquent au neuropsychologue. Selon les propos relevés, celui-ci, de par ses compétences et ses connaissances spécifiques sur le cerveau et le comportement, peut amener des conseils, des pistes de compréhension et de prise en charge pouvant servir à l'équipe confrontée à une personne démontrant de l'agressivité. Les professionnels se rencontrent régulièrement autour d'une table pour des colloques habituels ou pour des colloques spécifiques aux troubles du comportement. La finalité est que tous travaillent dans la même direction avec le patient et adoptent la même ligne de conduite pour que celui-ci comprenne ce qui est attendu de lui.

Objectif : *Explorer le ressenti des divers acteurs de l'équipe interdisciplinaire et infirmière confrontés au un comportement agressif d'un patient post TCC.*

La peur est un sentiment qui a été relevé à plusieurs reprises par les thérapeutes, mais avec certaines nuances. La plupart ont révélé ressentir une certaine peur surtout lorsque l'agressivité du patient est physique et/ou si elle est dirigée directement envers le professionnel. Seule la personne de sexe masculin a affirmé ne ressentir aucune peur. La notion de genre aurait mérité toute sa place dans mon analyse, or, comme je l'ai déjà mentionné, l'effectif masculin étant trop restreint, je ne peux à présent en tirer aucune conclusion.

Un autre sentiment identifié a été celui de l'impuissance. Celle-ci est corrélée à l'étiologie physiopathologique de l'agressivité chez ce type de clientèle. Les deux professionnels exprimant ce sentiment disent se sentir parfois démunis face à ces patients, car leur comportement agressif est relié, entre autre, à une dimension sur laquelle ils peuvent difficilement agir : la séquelle cérébrale elle-même.

La notion de « challenge » a été relatée par une seule professionnelle. Selon elle, ces situations, tant qu'elles restent gérables, sont sources de motivation, car elles l'obligent à chercher des solutions pour adapter ses stratégies et ainsi entrer en relation avec le patient et réaliser la thérapie.

De l'appréhension est également ressentie par certains thérapeutes qui doivent organiser leurs thérapies avec un patient agressif. Or cette appréhension n'est souvent pas considérée comme négative, mais s'apparente plutôt au terme d'anticipation, et permet au professionnels de se préparer d'avantage avant de rencontrer le patient.

Finalement, il est ressorti que malgré tous les sentiments que les professionnels peuvent ressentir et qui peuvent interférer dans leur manière d'agir, il est impératif de demeurer le plus neutre possible et de garder une attitude professionnelle.

Objectif : *Identifier les connaissances de l'infirmière et de l'équipe interdisciplinaire concernant l'aspect légal et éthique en lien avec les mesures de contention ainsi que la perception qu'ils ont de ces mesures et leur mise en pratique dans l'institution.*

Tous les professionnels ont témoigné ne pas connaître à la lettre les droits des patients et les règlements éthiques en lien avec les mesures de contention dans leur institution, mais tous en ont quelques notions. De manière générale, ils estiment tous que leur pratique personnelle et celle de l'institution sont en adéquation avec les principes éthiques et légaux qui règlent ces mesures. En effet, la contention n'est utilisée qu'en dernier recours et dans le but de protéger le patient lui-même ou autrui. Certains professionnels ont admis rencontrer des dilemmes éthiques en relation avec la mise en œuvre de contentions pour la sécurité du patient. Ceux-ci affirment se questionner régulièrement sur les bienfaits de la contention lors de risque de chute. En effet, celle-ci assure une certaine sécurité au patient en l'empêchant de tomber, mais peut également constituer un obstacle au progrès en limitant ses mouvements et ses prises d'initiatives et donc être en quelque sorte un frein à la réadaptation. Les neuropsychologues quant à eux, se sentent moins concernés par cet aspect, car il ne relève pas de leur rôle à proprement dit d'instaurer et d'évaluer les bienfondés de ces mesures.

De manière globale, les professionnels perçoivent la contention comme un moyen de sécurité. Celle-ci, bien qu'étant utile dans certaines situations demeure quelque chose qui interpelle les thérapeutes interrogés et qui ne les laisse émotionnellement pas de marbre. Les neuropsychologues ont un avis bien précis concernant la contention chimique et ne l'apprécient guère, à cause de son impact négatif sur les fonctions cérébrales. Or, certains thérapeutes admettent que l'administration de certains médicaments tels que des neuroleptiques ou anxiolytiques peut permettre une meilleure collaboration avec le patient et donc être bénéfique.

Il est apparu, dans les propos recueillis auprès des professionnels, que des mesures de contention, qu'elles soient physiques ou chimiques, étaient

utilisées, mais en dernier recours. Les contentions physiques, telles que les professionnels les ont décrites, sont mises en œuvre principalement dans un but de sécurité du patient, en prévision du risque de chute ou d'ablation accidentelle d'une trachéotomie. La seule décrite ayant comme but direct d'agir sur le comportement agressif (ou autres troubles du comportement) est la mise en place d'un cadre restrictif (limitation de l'espace à la chambre ou à l'étage) dans le but de donner au patient des points de repère et de diminuer son anxiété.

En outre, les mesures de contrainte, quelles qu'elles soient, doivent être validées par le médecin et sont discutées et évaluées régulièrement en équipe interdisciplinaire, notamment lors des colloques, tous les professionnels pouvant ainsi faire part de leur avis.

Objectif : *Comprendre le rôle de la formation dans la prise en charge de l'agressivité.*

Il est ressorti que la formation de base de ces deux corps de métier les informait des séquelles possibles d'un TCC, mais les préparait peu à appréhender et à gérer les troubles du comportement y relatifs, notamment l'agressivité. Tous les professionnels de l'échantillon affirment que leurs connaissances des techniques et moyens de gestion de l'agressivité se sont développés principalement grâce à l'expérience sur le terrain, à la confrontation directe à ce type de clientèle, aux lectures spécifiques sur le sujet, ainsi qu'aux formations complémentaires dans le domaine, réalisées après avoir obtenu leur diplôme. L'acquisition de connaissances théoriques s'est révélée essentielle pour avoir une prise en charge optimale de ce type de patient démontrant de l'agressivité.

En définitive, j'ai cherché à savoir ce qui faisait suite à ce genre de situation, en termes de procédure et de suivi des professionnels.

Tout d'abord, toutes les agressions sont relevées sur la plateforme internet par le biais de messages qualité ou encore des outils développés dans mon analyse tels que la feuille des 3C. Chaque professionnel y a accès.

Ensuite, il s'est révélé que, directement après une agression, la première attitude qu'avaient les professionnels était d'en parler aux collègues de la même discipline puis d'en référer aux soignants lors du colloque interdisciplinaire. Les participants ont fait part de leurs attentes envers l'institution et surtout envers leurs chefs ou collègues, explicitant ainsi un besoin de soutien, de compassion, de valorisation lorsque de telles situations se produisent.

De manière générale, j'ai pu comprendre que tous estiment avoir trouvé le soutien nécessaire de la part de leurs collègues et chefs de service pour gérer leur vécu sans avoir eu à en référer à l'autorité supérieure pour recevoir de l'aide. Selon les thérapeutes, un suivi psychologique est tout de même proposé en cas de situation extrême ou si le soignant en démontre un réel besoin.

5.4 Mise en commun des résultats

Nous allons à présent procéder à la mise en commun de nos résultats, en y faisant émerger certaines similitudes et certaines différences.

5.4.1 L'agressivité perçue par les infirmiers et les thérapeutes

Tous les professionnels interrogés ont la même perception de l'agressivité en général. Pour eux, elle peut être verbale ou physique, dirigée envers l'environnement, autrui ou envers le patient lui-même. En ce qui concerne l'agressivité d'une personne atteinte de TCC, celle-ci est considérée par les deux partis comme étant normale, en lien avec la pathologie sous-jacente. Outre la cause purement physiologique, les soignant et thérapeutes émettent l'hypothèse de plusieurs autres étiologies. Les infirmiers identifient l'histoire de vie, la personnalité du patient, les antécédents d'agressivité et certains abus de substances. Les personnes de l'équipe interdisciplinaire interrogées évoquent quant à elles, l'effet « *blouse blanche* » qui représente l'autorité ou la mise en place d'un cadre restrictif, le genre du thérapeute, certains lieux ou moments de la journée, le fait de prodiguer des soins intrusifs, ou encore, la douleur chronique. Enfin, plusieurs idées communes ont également été émises par les deux échantillons : l'intolérance à la frustration et à l'échec, le ressenti du patient face à son handicap ainsi qu'une image de soi perturbée à cause des séquelles de l'accident.

De plus, il est ressorti de nos interviews que la fréquence à laquelle les professionnels de réadaptation sont confrontés à de l'agressivité physique de la part de patients atteints de TCC est assez rare, alors qu'au contraire, une agressivité verbale est beaucoup plus présente et régulière.

5.4.2 Gestion de l'agressivité par les infirmiers et par l'équipe interdisciplinaire

➤ **Sous-thème :** *Réactions et comportements mis en place par les infirmiers et les thérapeutes*

Tout d'abord nous pouvons faire émerger plusieurs similitudes. Les professionnels ont tous bien appuyé l'importance de ne pas monter en symétrie avec le patient et d'éviter la confrontation ainsi que la provocation. Il est également ressorti que la prise en charge et les interventions requises dépendent de la phase dans laquelle le patient se trouve (amnésie post-traumatique, anosognosie, ...). Les deux partis ont relevé l'importance d'oser demander de l'aide si la situation devient ingérable. Les infirmiers verbalisent plusieurs comportements à adopter dans de telles situations : la négociation, l'adaptation à la situation, le calme, l'apaisement, ainsi que le respect des distances interpersonnelles et l'importance de la collaboration en équipe interdisciplinaire. Les autres professionnels affirment qu'il est nécessaire et requis d'interrompre les thérapies si la situation devient ingérable. Toutefois, si la thérapie est maintenue, plusieurs moyens sont utilisés : identifier rapidement la source déclenchante et en distraire le patient, limiter autant que possible les frustrations, pratiquer une activité appréciée par le patient et, finalement, réajuster au possible les objectifs et stratégies thérapeutiques. Une neuropsychologue rajoute qu'il est cependant essentiel de toujours verbaliser que ce comportement n'est pas admissible.

En outre, il est important de souligner que, dans cette institution, dès l'arrivée d'un patient démontrant des troubles du comportement quels qu'ils soient, un cadre restrictif est directement mis en place et doit être respecté par celui-ci et par tous les collaborateurs.

De plus, tous les participants relèvent l'importance d'un environnement sécurisé. Quelle que soit leur profession, ils mettent en place des moyens, possèdent des techniques pour y parvenir et sont attentifs à travailler dans un milieu sécuritaire pour le patient ainsi que pour eux-mêmes.

En relation à cela, plusieurs thérapeutes de l'équipe interdisciplinaire rajoutent que l'anticipation est un rôle clé pour maximiser la sécurité de leur prise en charge, car elle permet de bien se préparer avant d'entrer en interaction avec le patient.

Plusieurs attitudes à favoriser face aux patients démontrant de l'agressivité ont été relatées par les participants. Tous les professionnels interrogés sont d'accord sur le fait qu'il ne faut pas être trop directif et ne pas entrer dans une attitude provocatrice avec ce type de patient. L'équipe infirmière a appuyé le fait que toute mesure entreprise envers le patient doit lui être expliquée de manières claire et compréhensible en fonction de son état. Les thérapeutes quant à eux relèvent qu'il est important d'adopter, dans la mesure du possible, une attitude neutre et professionnelle, ainsi que d'établir d'entrée de jeu une relation de confiance.

De manière globale, nous comprenons que chaque professionnel, indépendamment de ses compétences propres, donne une place de taille à l'expérience vécue sur le terrain quant à l'apprentissage de manières d'agir et d'appréhender ce genre de situations.

Enfin, tous sont d'avis que la charge de travail a une réelle influence sur la gestion de l'agressivité. En effet, un personnel surchargé peut être en proie à un grand stress, à l'épuisement, à un manque de patience, voire même à un manque de vigilance envers les patients. Tout ceci peut interférer dans le bon fonctionnement du service. Un certain agrandissement des effectifs pourrait permettre un meilleur suivi des patients agressifs, diminuer notablement le recours aux mesures de contention, assurer un environnement plus sécuritaire et optimiser la gestion globale du service.

➤ **Sous-thème : La collaboration interdisciplinaire**

En ce qui concerne la collaboration interdisciplinaire, les deux groupes appuient le fait qu'il est essentiel d'arriver à une cohésion, une unité au sein de l'équipe quant à la manière de prendre en charge un patient démontrant des troubles du comportement. Pour arriver à trouver une ligne directrice, toutes les disciplines se rencontrent régulièrement lors de colloques

interdisciplinaires et parfois instaurent même des colloques spécifiques « troubles du comportement ». Le but est que chaque professionnel puisse partager ses compétences et ses évaluations du patient et qu'un consensus commun soit trouvé dans la manière d'agir face à lui pour qu'il sache sur quelle base s'appuyer. Ainsi chaque situation est évaluée et réglée au cas par cas en fonction du patient. Il n'y a pas de protocole à proprement dit pour gérer les troubles du comportement quels qu'ils soient.

En outre, les intervenants questionnés ont tous identifié le neuropsychologue avec ses compétences propres, comme étant une réelle personne de référence pour les guider, leur donner des pistes pour gérer les comportements agressifs. Les neuropsychologues, se reconnaissent d'ailleurs eux-mêmes ce rôle de « conseillé » pour tout ce qui touche au comportement. Certains infirmiers interrogés déclarent s'appuyer également beaucoup sur le médecin-chef et les psychiatres.

De manière générale, il est tout de même ressorti que la collaboration interprofessionnelle demeure parfois difficile par manque de communication et/ou par divergences d'opinion. Une meilleure communication entre tous les intervenants, notamment lors d'agressivité d'un patient, serait, selon les deux échantillons, une des clés d'une prise en charge uniformisée et donc de meilleure qualité. Chaque professionnel saurait quelle attitude il doit adopter et le patient pourrait se rattacher à un fil rouge.

➤ **Sous-thème : Outils utilisés à la clinique**

Deux outils principaux ont été détaillés par l'équipe de soins et les thérapeutes. Il s'agit, comme nous l'avons expliqué dans nos analyses personnelles, de la feuille des 3C et de l'échelle ECTG. Ces moyens d'évaluation sont, dans un premier temps, remplis par chaque professionnel confronté à un patient agressif puis, dans un deuxième temps, discutés en colloque. Nous pouvons constater que, pour les infirmiers et les physiothérapeutes, leur utilisation n'est pas toujours évidente, en raison principalement de manque de temps, de manque de retour des neuropsychologues ou encore de changement régulier de personnel. Les neuropsychologues, quant à eux, y accordent une grande importance. Ils

estiment qu'ils sont parfois sous-utilisés et qu'une utilisation plus régulière pourrait justement permettre une évaluation continue du patient et ferait gagner un temps précieux dans la mise en place des stratégies à adopter auprès de chaque patient agressif.

Nous pouvons donc de nouveau avancer un certain manque de communication et de coordination entre les différentes professions.

5.4.3 Ressenti des soignants et des thérapeutes

De manière globale, quelle que soit l'agressivité rencontrée, les deux partis verbalisent principalement des sentiments négatifs. Nous pouvons noter que les émotions ressenties ne dépendent pas de la profession exercée, mais de diverses variables : le genre, le vécu d'une agression antérieure, le gabarit du patient, etc.

Toutefois, une neuropsychologue reconnaît à ce type de situation un aspect plus positif en y trouvant parfois un petit côté « *challenge* ».

➤ *Sous-thème : influence du ressenti sur la prise en charge*

Tous les participants s'accordent sur le fait que leur ressenti influence d'une manière ou d'une autre leurs agissements, bien que cela reste très personnel à chaque individu.

Il a par contre été exprimé à plusieurs reprises qu'il est important d'essayer de rester professionnel et de garder une bonne distance avec le patient, pour ne pas se laisser submerger par son propre ressenti.

5.4.4 Les infirmiers et thérapeutes face à la contention

➤ *Sous-thème : Vision des infirmiers et des thérapeutes sur l'aspect légal et éthique*

Le personnel soignant, autant que les thérapeutes, admettent connaître l'existence des textes concernant les droits des patients et le règlement des mesures de contrainte. Cependant, tout en ignorant l'exact contenu de ces textes, tous partagent la notion commune que de telles mesures doivent être

prises en place seulement de manière exceptionnelle, sur ordre médical et lorsque le patient présente un danger notoire pour autrui ou pour lui-même.

Les représentants des trois professions interrogées admettent être pleinement en accord avec les pratiques mises en œuvre dans leur institution, même s'ils ne peuvent en identifier une réelle réglementation. Selon eux, la clinique respecte les droits des patients, la loi, et l'éthique.

➤ **Sous-thème : Mise en pratique des mesures de contention**

Dans cette institution, l'utilisation des mesures de contention dans le cadre de l'agressivité ne se fait qu'en dernier recours. Une telle décision est en premier lieu discutée en équipe soignante puis évaluée régulièrement en équipe interdisciplinaire. La décision finale revient toujours au médecin.

La principale mesure physique utilisée pour gérer les troubles agressifs est l'instauration d'un cadre restrictif : blocage des ouvrants, limitation de l'espace à la chambre et/ou à l'étage. D'autres formes de contention mécaniques (tablette au fauteuil roulant, barrière au lit) sont rencontrées de manière plus régulière, non pour contenir à proprement dit un patient agité mais plutôt dans le but d'éviter le risque de chute.

Selon les infirmiers, l'utilisation de la contention chimique est rare et pourrait parfois être mise en place plus rapidement, notamment lors de situations de crise. Bien qu'ils aient conscience que les neuroleptiques et benzodiazépines nuisent à la récupération cérébrale, ils se sentiraient plus en sécurité et cela leur permettrait une meilleure gestion des comportements agressifs surtout durant la nuit, le week-end et les tranches horaires où les effectifs sont moins nombreux.

Les physiothérapeutes et les neuropsychologues ne participent pas à proprement dit à la mise en pratique de contention chimique ou physique. La plupart du temps, bien que discutées et évaluées lors des colloques interdisciplinaires, ces mesures sont instaurées par l'équipe soignante, en collaboration avec le médecin, qui est seul détenteur de la décision finale. Les physiothérapeutes sont appelés à donner leur avis dans certaines

situations, notamment en ce qui concerne la marche et le risque de chute, pour évaluer le besoin de maintenir une contention au fauteuil et au lit.

➤ ***Sous-thème : Perception et ressenti des infirmiers et des thérapeutes face aux mesures de contraintes***

Nous avons pu constater que la mise en place de contentions physiques a un impact psychologique sur la majorité des personnes interrogées et est perçue de manière négative par les deux groupes questionnés.

Pour les deux échantillons la contention est identifiée à un moyen de sécurité et n'est jamais associée à un acte plaisant à réaliser.

En ce qui concerne la perception de la contention chimique, les deux groupes sont en désaccord. La majorité des infirmiers affirment se sentir parfois plus à l'aise avec cette forme de contention alors que, pour les thérapeutes questionnés, l'utilisation de médicaments n'est pas préférée à la contention physique. Les neuropsychologues argumentent leur vision négatives en rappelant que ces substances augmentent la confusion, la désorientation, et nuisent à la récupération cérébrale.

Nous tenons à ajouter que les personnes de l'équipe interdisciplinaire émettent quelques retenues par rapport à ce sujet. Elles estiment ne pas être au premier plan pour ce qui concerne l'application de ces mesures.

5.4.5 Rôle de la formation

La majorité des professionnels, toutes professions confondues, estiment qu'ils n'ont pas reçu, dans leur formation initiale, les outils nécessaires pour appréhender au mieux les situations d'agressivité. Seul un infirmier en psychiatrie admet avoir été sensibilisé à ce genre de gestion de comportement dès sa formation de base.

De même, tous sont d'avis que l'acquisition de quelques clés et outils théoriques est tout de même essentielle pour pouvoir gérer le mieux possible les comportements agressifs. En ce sens, ils accordent une importance notoire aux formations continues, aux formations post-grades, aux lectures sur le sujet ainsi qu'à l'expérience professionnelle.

5.4.6 Et après l'agression ...

Quelle que soit la discipline, nous pouvons remarquer que la première démarche entreprise par les professionnels après une situation d'agressivité est d'en informer les collègues de la même discipline, puis d'en discuter lors du colloque interdisciplinaire. Toutes les personnes avec lesquelles nous nous sommes entretenues expriment l'importance de pouvoir en débriefer avec les collègues, de pouvoir partager les situations plus difficiles.

Selon les thérapeutes interrogés, aucun suivi formel n'est proposé par l'institution, sauf dans le cas d'une situation extrême. Toutefois, ils admettent ne pas connaître ce qui existe au niveau soignant. Après ce genre de situation, ils attendraient, de la part de l'institution et surtout de celle de leurs chefs et de leurs collègues, du soutien, de la compassion ainsi que de la valorisation. Les neuropsychologues et physiothérapeutes considèrent avoir toujours trouvé le soutien nécessaire auprès de leurs collègues et estiment que, dans la plupart des cas, un réel débriefing avec un psychiatre n'est pas forcément nécessaire. Seule une thérapeute admet qu'elle attendrait tout de même un peu plus de valorisation de la part de l'institution.

Les infirmiers, quant à eux, estiment par contre qu'il faudrait accorder plus de place à des débriefings.

Outre un meilleur suivi, les personnes de l'équipe infirmière souhaiteraient également que certaines mesures soient mises en place pour augmenter la sécurité : augmentation de personnel dans certaines tranches horaires et mise en réserve de médicaments accessibles en cas de difficultés soudaines, par exemple.

5.5 Vérification de l'hypothèse

Mon analyse personnelle, ainsi que la mise en commun des données recueillies lors de mes entretiens avec celles de Florence, me permettent à présent de vérifier la validité de mon hypothèse de recherche.

Celle-ci était la suivante : **La gestion de soins promulgués à des patients post-TCC au comportement agressif dépend à la fois du ressenti du professionnel, de sa formation, de son apprentissage du cadre légal et éthique, mais aussi des moyens mis à disposition au sein de l'institution où il exerce.**

Je peux d'ores et déjà affirmer que cette hypothèse, telle qu'elle est écrite est acceptée par nos enquêtes. Cependant, arrivée au terme de mon analyse, je me rends compte que les professionnels interrogés ont amené certains autres éléments qui entrent en compte dans la manière dont ils gèrent l'agressivité. Je vais procéder au découpage de cette hypothèse, pour y vérifier chaque affirmation.

La gestion de soins promulgués à des patients post-TCC au comportement agressif dépend :

➤ **du ressenti du professionnel :**

Je peux accepter cette partie de l'hypothèse. Il est clairement ressorti de mon analyse que le ressenti des professionnels a un impact sur la manière d'appréhender des situations d'agressivité. Les thérapeutes interrogés avouent tous être influencés, dans leur pratique, d'une manière ou d'une autre, par ce qu'ils ressentent, bien qu'ils ne m'aient pas réellement fait part d'exemples concrets. Toutefois, il faut noter que cela demeure très personnel et que chacun réagit différemment face à ce qu'il ressent. En outre, bien que tous identifient une réelle influence des émotions et du ressenti et même de leur personnalité sur leurs agissements, il a été mis en avant que ceux-ci ne

devaient pas prendre trop de place. Tous appuient l'importance d'adopter une attitude professionnelle la plus neutre possible.

➤ **de sa formation :**

Je peux accepter cette partie de l'hypothèse. Bien que la majorité des professionnels questionnés, toutes disciplines confondues, révèlent n'avoir pas reçu les bases nécessaires pour gérer le comportement agressif d'un patient, qui plus est d'une personne atteinte de TCC, lors de leur formation initiale, ceux-ci ont tous relevé le caractère essentiel d'acquérir certaines connaissances pour pouvoir mettre en place une prise en charge de qualité. Un professionnel formé, que ce soit par les formations continues, internes à la clinique, les post-grades ou encore par des lectures, saura, selon les dires des thérapeutes interrogés, réagir de manière plus adéquate et en connaissance de cause. La formation joue donc un rôle non négligeable. Parmi les connaissances importantes relevées par les thérapeutes lors des entretiens, je peux citer : certaines notions de physiopathologie du TCC et des mécanismes de l'agressivité y relatifs, les diverses causes d'agressivité possibles ainsi que quelques clés pour savoir comment agir et réagir face aux troubles du comportement, notamment agressif. Le fait de comprendre la pathologie, ses conséquences ainsi que les divers mécanismes d'agressivité d'une personne cérébro-lésée, permet aux professionnels d'adapter leur façon d'agir.

Il faut tout de même noter que même si, qu'elle que soit la profession, aucune formation de base ne s'est révélée concluante en terme d'apprentissage sur le sujet, la manière d'appréhender cette problématique est tout de même fortement reliée à l'identité propre de chaque professionnel, selon sa discipline. Les compétences en matière de gestion de l'agressivité sont différentes d'une profession à l'autre. En effet, lors d'agressivité d'un patient, physiothérapeutes et neuropsychologues n'administrent jamais de médicaments et ne prennent jamais l'initiative de mettre en place une contention si cela n'est pas au préalable mis en œuvre par les soins. Ils vont en parler à l'équipe infirmière qui en avisera le médecin ou lors d'un colloque interdisciplinaire. Au contraire, les infirmiers ont la

possibilité, voire le devoir si c'est un ordre médical, de donner une réserve ou d'appliquer la contention. Chacun a son rôle propre et doit connaître ses limites personnelles et professionnelles. De ce fait, un travail en interdisciplinarité ainsi qu'un partage de compétence est primordial et bénéfique pour optimiser la prise en charge.

Par ailleurs, je dois faire part d'une autre donnée essentielle que nous n'avons pas mentionnée dans notre hypothèse et qui a été exprimée à de multiples reprises, cela par les infirmiers autant que par les thérapeutes : les apprentissages acquis grâce à l'expérience professionnelle. Pour les participants, les compétences pour gérer ce type de comportement s'obtiennent certes en partie par la formation théorique, mais également par l'expérience sur le terrain. Cette dernière permet, selon eux, de développer un sens de l'anticipation et d'acquérir des clés pour appréhender ce genre de situation. Grâce à elle, il est possible de savoir comment le patient est susceptible de se comporter et de pouvoir se préparer en conséquence.

➤ **de son apprentissage du cadre légal et éthique :**

Je peux accepter cette partie de l'hypothèse. En effet, en analysant mes entretiens, j'ai pu relever que chaque individu, indépendamment de sa profession, a des notions correctes des droits des patients, notamment en ce qui concerne les mesures de contention, et en tient compte dans sa pratique. Toutes les personnes dont nous avons recueilli les propos disent être en adéquation avec l'éthique, en ce sens qu'ils essaient d'utiliser la contention physique le moins possible et cela seulement s'il existe un danger pour le patient lui-même ou pour autrui. Je peux par conséquent affirmer que la gestion de soins promulgués à des patientes post-TCC au comportement agressif dépend des notions que le soignant ou le thérapeute connaît du cadre légal et éthique. Une personne n'ayant aucune notion d'éthique ou du cadre légal ne pourrait se positionner comme ils l'ont fait. Bien qu'aucun des participants ne connaisse de manière précise le droit des patients et le règlement éthique exact propre à leur institution quant aux mesures de contention, tous affirment être guidés dans leur pratique par des principes éthiques qu'ils respectent.

En outre, je tiens à rappeler que ce ne sont ni les neuropsychologues ni les physiothérapeutes qui prennent la décision d'instaurer des mesures de contrainte. Dans le cas de l'agressivité d'un patient ayant subi un TCC, ces décisions sont prises la plupart du temps du côté de l'équipe soignante, en collaboration avec le médecin et sont discutées en équipe interdisciplinaire.

➤ **des moyens mis à disposition au sein de l'institution où il exerce :**

Je peux accepter cette partie de l'hypothèse. Les thérapeutes ont bien explicité les outils utilisés pour évaluer l'agressivité des patients, ainsi que son étiologie. Bien que ces instruments soient, selon les dires de certains professionnels, sous-utilisés, ceux-ci sont une aide notoire pour identifier la cause d'un comportement agressif, ce qui l'accentue ou, au contraire, ce qui le calme, dans le but de pouvoir trouver le moyen d'éviter que ce comportement se reproduise et ainsi de trouver la manière d'agir la plus appropriée face à ce patient.

Une autre notion est ressortie à plusieurs reprises, celle de la charge de travail et de l'effectif soignant. Selon tous les thérapeutes ainsi que les infirmiers, un nombre de soignants insuffisant amène du stress, de la fatigue, une surcharge de travail et influence la prise en charge, d'une part d'un point de vue simplement humain (diminution de la patience), d'autre part d'un point de vue pratique (moins de temps pour préparer la thérapie, moins de tâches variées, moins bonne gestion de l'ensemble du service). Selon eux, un personnel infirmier plus nombreux ne peut qu'être bénéfique pour assurer une présence plus soutenue auprès du patient agressif et donc diminuer les mesures de contention et permettre une meilleure gestion de l'ensemble des autres patients. De même, une moins grande charge de travail pour les thérapeutes leur permet de prendre le temps de trouver des moyens et des stratégies adéquates.

De plus, un atout non négligeable de cette institution est le fait de travailler en collaboration directe avec plusieurs professions distinctes. Pour ce qui concerne tous types de troubles du comportement, une place toute particulière est attribuée aux neuropsychologues. Par leurs compétences et

leur savoir, ceux-ci sont considérés comme une réelle ressource quant à la compréhension et à la gestion de l'agressivité chez des personnes post-TCC.

Enfin, aux dires des participants, de multiples moyens matériels sont fournis par l'institution afin de pouvoir gérer cette agressivité et assurer une certaine sécurité du personnel. Ils ont cité entre autres la fermeture des ouvrants, le port d'un bracelet anti-fugue, la mise en place de barrières ou de tablette, ... Ces éléments, bien que faisant partie des moyens de contention, sont à disposition et permettent aux professionnels de ne pas devoir rester sans cesse à proximité immédiate du patient et de pouvoir continuer la prise en soins des autres bénéficiaires de soins, en sachant que celui-ci demeure en sécurité. A nouveau, l'utilisation de ces mesures a plus de sens pour les infirmiers, car les thérapeutes ont la possibilité de stopper la thérapie si celle-ci dégénère et de ramener le patient en chambre, là où les soins prennent le relais.

Tout cela m'amène donc à affirmer que les moyens, tant matériels qu'humains, dont dispose l'institution, ont une influence sur la manière de prendre en charge l'agressivité.

En définitive, je pense toutefois que, dans notre hypothèse, nous avons omis un élément de taille : le patient. Certes, je peux maintenant affirmer que la gestion de situation agressive dépend des quatre éléments cités ci-dessus. Mais elle est également directement reliée au patient, à la phase dans laquelle il se trouve, au type d'agressivité qu'il démontre, à sa personnalité, son gabarit, ... Tous ces éléments ont été explorés lors des entretiens et ont été verbalisés par les professionnels, tant infirmiers que neuropsychologues ou physiothérapeutes.

En conclusion, notre hypothèse s'en trouve validée, mais n'est pas complète. Il est clair que nous ne pouvions identifier et explorer tous les facteurs qui ont un impact sur la gestion de l'agressivité, notamment au niveau du soignant (vécu personnel, contexte psychologique, ...) mais, à mon avis, il aurait été tout de même justifié d'insérer le terme de « patient » dans notre hypothèse.

Malgré tout, quelles que soient les interventions, la façon d’agir choisie, celle-ci se fait toujours en regard de ce dernier.

6. Discussion

Dans ce chapitre, nous essayons d'avoir un regard critique sur l'ensemble de notre recherche. Dans un premier temps nous faisons part de la validité interne qui regroupe la cohérence, la crédibilité et l'authenticité de notre recherche. Ensuite, nous exposons la validité externe qui comprend également la saturation des données. Finalement, nous proposons quelques recommandations pour la pratique et quelques pistes pour d'éventuelles recherches futures et nous décrivons les limites générales de notre travail.

6.1 Validité interne

6.1.1 Cohérence de notre démarche de recherche, choix du thème et élaboration de la problématique

Pour réaliser ce travail, nous devons trouver une problématique de terrain actuelle à explorer. Notre intérêt commun en ce qui concerne l'agressivité dans les soins, nous a amenés à vouloir élaborer une recherche sur ce sujet. Initialement, ce thème nous paraissait extrêmement vague. De ce fait, nous avons dû cibler notre projet de recherche sur un milieu spécifique. Pour ce faire, nous avons effectué un grand nombre de lectures exploratoires au travers desquelles nous nous sommes rapidement rendu compte de l'ampleur de ce phénomène dans certains milieux de soins tels que la psychiatrie. Le vécu d'une situation agressive de l'une d'entre nous dans le domaine de la neuroréadaptation nous a guidées dans cette direction. Des entretiens exploratoires avec des professionnels de ce terrain nous ont finalement confortés dans notre choix d'explorer la gestion de l'agressivité chez des personnes atteintes d'un TCC dans le milieu de la neuroréadaptation. Nous pouvons appuyer la pertinence de notre objet de recherche par les dires de ces personnes, qui nous ont affirmé qu'il s'agissait d'une réelle problématique qu'ils rencontraient actuellement dans leur milieu de soin.

Pour la réalisation de notre étude nous devons choisir deux populations différentes. Notre choix s'est porté sur l'équipe infirmière et l'équipe interdisciplinaire, car un concept clé de la réadaptation réside en celui d'interdisciplinarité. De ce fait, il nous a paru intéressant, voire même évident, de centrer notre recherche autant sur le vécu de personne pratiquant notre future profession que sur celui de thérapeutes avec qui nous allons forcément collaborer dans notre pratique future. Nous nous sommes donc intéressées à questionner plusieurs populations différentes dans le but de comprendre leur perception et manière d'agir pour ensuite les mettre en commun.

Si nous auto-évaluons ce choix, nous pouvons affirmer la pertinence de cette problématique qui est clairement actuelle et rencontrée dans ce milieu de soins. Or, notre question centrale de recherche étant constituée de deux aspects (la perception et la gestion), nous aurions pu, dès le début, délimiter notre étude en nous centrant plus sur l'un ou l'autre des aspects, pour les exploiter de manière plus détaillée.

De plus, l'idéal aurait été de questionner des représentants de toutes les professions et d'avoir le même nombre de participants pour chacune d'entre elles. Cependant, par manque de disponibilité de certains corps de métier, ainsi qu'en regard des critères relatifs à notre Travail de Bachelor²³⁰ et de ceux que nous avons fixé pour sélectionner notre échantillon, il ne nous était pas réalisable de nous entretenir avec des personnes de chaque profession de l'équipe interdisciplinaire.

6.1.2 Choix des concepts et élaboration du cadre théorique

Dans l'élaboration de notre cadre théorique, nous avons ressorti trois concepts en lien direct avec notre problématique. Premièrement, nous trouvons important d'avoir une vision globale sur le TCC et ses répercussions. C'est pourquoi notre premier concept s'intitule « Traumatisme crânio-cérébral ». Deuxièmement, notre recherche se déroulant dans le milieu de la neuroréadaptation, il nous est paru évident de développer

²³⁰ Incluant le temps imparti pour la réalisation de l'étude et le devoir de choisir un échantillon de cinq à huit participants au maximum par étudiante.

comme second concept celui de « réadaptation » que nous avons relié avec celui de l'interdisciplinarité. Enfin, nous avons choisi d'explorer le concept « d'agressivité », car celui-ci constitue le centre de notre problématique. Notre thème révélant plusieurs questions éthiques, notamment en ce qui concerne certaines actions entreprises pour gérer l'agressivité, nous avons choisi d'aborder, à l'intérieur de ce dernier concept, certains aspects éthiques et légaux, en lien avec les mesures de contention.

Cependant, lors de la réalisation de l'analyse, nous nous sommes rendu compte que notre cadre conceptuel n'était pas complet. Certes, il comprend un grand nombre d'éléments nécessaires qui nous ont permis d'exploiter et d'analyser de manière approfondie les différents entretiens et de répondre à notre hypothèse de recherche. Néanmoins, certains propos relevés lors des entretiens ont nécessité que l'on se replonge dans la littérature pour y trouver des éléments théoriques. Au terme de ce travail, nous pensons qu'il aurait été notamment important, voire primordial, de développer l'aspect des émotions directement dans notre cadre, pour mieux pouvoir analyser le ressenti des différents intervenants en ce qui concerne l'agressivité et les mesures de contention.

6.1.3 Pré-tests et entretiens

Comme nous l'avons expliqué dans notre chapitre sur la méthodologie²³¹, nous avons choisi comme outil de récolte des données les entretiens semi-directifs comportant des questions principales et des relances.

Pour mener ces entretiens, nous avons élaboré une grille quasiment similaire, mais adaptée à la population interrogée dans laquelle nous avons intégré nos questions et relances, en regard de notre hypothèse ainsi que de nos objectifs de recherche, dans le but de faire le tour de la problématique.

Afin d'établir notre questionnaire final nous avons, dans un premier temps, réalisé des pré-tests auprès de professionnels du terrain ayant été confrontés à notre problématique. Cela nous a permis de réajuster notre grille d'entretien à plusieurs reprises et d'en formuler des questions

²³¹ Section 4.2 : Technique de récolte de donnée.

pertinentes. Cette grille nous a permis de suivre une trame tout au long de nos interviews.

Nous avons ensuite pu débiter nos entretiens auprès des deux populations choisies constituées de cinq infirmières et de cinq professionnels de l'équipe interdisciplinaire : deux neuropsychologues et trois physiothérapeutes. Par souci de confidentialité, tous les entretiens ont été réalisés de manière anonyme. Au préalable nous avons fait signer aux participants une feuille de consentement éclairé pour respecter les principes éthiques que nous avons formulé dans le chapitre sur la méthodologie²³². Nous les avons tous enregistrés sur un dictaphone dans le but de les retranscrire le plus fidèlement possible et nous sommes engagées à détruire tous ces enregistrements au terme de notre recherche.

Sur le moment, nous avons réalisé nos entretiens en essayant de relancer les participants dès lors que leurs propos n'étaient pas clairs ou si nous avions besoins de plus de précisions. Malgré cela, lors de notre analyse, nous nous sommes rendu comptes que nous ne disposions parfois pas de toutes les informations que nous aurions aimé avoir et que certains aspects auraient mérité d'avantage de développement.

6.1.4 Analyse

Cette partie du travail a été pour nous la plus complexe à élaborer. Elle nous a demandé beaucoup de rigueur pour regrouper et analyser les informations recueillies. Nous avons, dans un premier temps, revisité les questions de notre grille d'entretien. Ensuite, nous avons construit un tableau en y formulant et y intégrant des thèmes et sous-thèmes, en regard de nos objectifs de recherche et à la lumière des questions que nous avons posées durant les entrevues. Nous y avons classé les éléments principaux ressortis de nos entretiens. Nous avons par la suite rédigé chacune notre propre analyse de corpus et en avons fait une synthèse, pour répondre à notre question de recherche, en revenant sur chaque objectif spécifique de recherche. Finalement, nous avons procédé à une mise en commun de nos

²³² Section 4.5 : Aspects éthiques.

résultats, faisant émerger certaine similitudes et différences identifiées entre les réponses de l'équipe infirmière et celles des thérapeutes interrogés.

Pour conclure, chacune de nous a vérifié de manière personnelle l'hypothèse de recherche, en tenant compte de sa propre analyse et de la mise en commun des résultats.

6.1.5 Crédibilité et authenticité

L'analyse de nos entretiens nous a permis de mieux cerner la complexité de ces situations pratiques et de mieux comprendre le vécu des professionnels et les difficultés rencontrées face à des prises en charges de patients agressifs souffrant d'un TCC.

Grâce aux réponses fournies par les participants nous avons pu aborder la perception et le ressenti émotionnel propre à chacun concernant l'agressivité rencontrée dans cette population de patients. Nous avons également pu appréhender la manière de prendre en charge un patient comportant des troubles du comportement agressif. Celle-ci se révèle complexe et demande un grand effort de collaboration interprofessionnelle.

Par ces investigations, nous avons pu faire ressortir des informations en lien avec l'utilisation des moyens de contention dans cette clinique ainsi que la relation qu'entretiennent les professionnels avec l'éthique et les droits des patients. De plus, nous nous sommes interrogées sur le rôle de la formation de base, des formations supérieures et de l'expérience dans la manière de gérer l'agressivité. En outre, nous nous sommes intéressées à ce que peut offrir l'institution et ses chefs de services en termes de suivi des professionnels après une agression ainsi qu'aux attentes des participants vis-à-vis de ceux-ci. Enfin, nous avons exploré ce que les soignants et thérapeutes mettent en place avec leurs collègues au sujet des transmissions d'informations et de débriefing.

Tout au long de notre analyse, nous avons cherché à mettre en lien les éléments pratiques relevés avec notre cadre théorique et d'autres sources littéraires. Bien qu'un écart entre la pratique et la théorie puisse être mis en

évidence, nous avons pu constater, dans les grandes lignes, que les informations recueillies auprès des participants concordaient avec les éléments théoriques tirés de la littérature.

Finalement, nous pouvons affirmer avoir utilisé le procédé de la triangulation, qui se définit comme : « *la confrontation de plusieurs sources d'information par rapport à un phénomène étudié* »²³³. En effet, nous avons confronté la vision de trois corps de métier sur un phénomène particulier. De plus, pour analyser les données récoltées, nous avons utilisé des théories de plusieurs disciplines différentes.

Pour conclure cette section, nous pouvons affirmer que malgré notre manque d'expérience, nous avons essayé de rendre notre recherche la plus cohérente possible en restant rigoureuses et honnêtes quant au recueil des données, à leur retranscription et à leur analyse. Par ce chapitre de la validité interne, nous avons essayé de démontrer la transparence de notre démarche.

6.2 Validité externe

La validité externe se définit comme étant « *la certitude plus ou moins forte que l'on peut généraliser les résultats d'une recherche à d'autres populations ou à d'autres cas* »²³⁴.

Notre recherche a été réalisée dans un contexte de soins particulier, celui de la neuroréadaptation. De ce fait, nous ne pouvons prétendre transférer la totalité de celle-ci à un autre milieu de soins. Cependant, certains éléments, comme par exemple certains outils d'évaluation du comportement, certaines méthodes de gestion des troubles du comportement agressif, ou encore certaines attitudes et/ou approche du patient, s'ils sont adaptés, peuvent être transférables dans des services où l'on peut rencontrer ce type de pathologie ou encore en psychiatrie.

²³³ Responsable de module : SCHOEPF, C. *La validité d'une recherche qualitative & Recherche en soins infirmier*. Cours module 2808. Travail de Bachelor – Élaboration du projet. Filière soins infirmiers : Sion, 2010.

²³⁴ Ibid.

De plus, tout ce qui concerne le vécu professionnel et émotionnel ainsi que le ressenti des interviewés étant une notion propre à chacun, variant d'un individu à un autre, il ne nous est pas possible de généraliser l'ensemble de nos résultats.

Enfin, le nombre restreint d'entretiens exécutés ne nous permet pas de pratiquer une généralisation de nos résultats à l'échelle de la Suisse.

6.2.1 Saturation des données

Comme mentionné dans notre chapitre sur la méthodologie²³⁵, nous sommes conscientes que le seuil de saturation des données n'a pas été atteint pour la majorité des questions, le nombre de participants étant très faible. Même si nous interrogeons un plus grand nombre de personnes, ce seuil serait difficilement atteignable. En effet, cette recherche qualitative visant à explorer un phénomène et la perception qu'en ont les intervenants et non à le quantifier, un plus grand nombre de participants amènerait de toute manière de nouveaux éléments ou certaines nuances.

6.2.2 Recommandations principales pour la pratique

Arrivées au terme de notre recherche, nous osons émettre quelques recommandations pour la pratique.

Tout d'abord, une bonne écoute et une bonne communication interprofessionnelle nous paraissent indispensables dans la prise en charge de ce genre de comportement, ceci afin de trouver un consensus commun et d'avoir une même ligne directrice afin que le patient puisse se raccrocher à un cadre bien délimité.

²³⁵ Section 4.4.3 : Avantages et limites.

Ensuite, il nous paraît utile que les outils d'évaluation qui nous ont été exposés soient expliqués et compris par tous les corps de métier, afin d'être utilisés de manière optimale et que les professionnels puissent ainsi en tirer des pistes pour la prise en charge personnalisée du patient.

De plus, nous pensons qu'il devrait être possible à tout professionnel évoluant dans ce milieu et côtoyant cette clientèle, de pouvoir bénéficier de formations supérieures concernant la physiopathologie du TCC, ses troubles du comportement, et leur prise en charge. En améliorant leur compréhension de la pathologie et des problèmes qui en découlent ainsi qu'en acquérant quelques outils ou approches de ce genre de situations, la prise en charge du patient ne peut qu'en être améliorée. Peut être même serait-il fondé d'aborder de manière plus approfondie le thème de l'agressivité des personnes cérébro-lésées ou non et sa gestion lors de la formation initiale, pour que les jeunes diplômés se sentent moins démunis en arrivant sur le terrain.

En outre, nous osons émettre l'idée qu'une augmentation de personnel soignant dans certaines tranches horaires ou encore le week-end, pourrait permettre une meilleure gestion du service et assurer une plus grande sécurité aux intervenants. La question de la prescription de médication de réserve ayant pour optique de calmer le patient, bien que controversée, demeure tout de même une solution en cas d'insécurité des professionnels, notamment dans les horaires où les effectifs sont moindres.

Enfin, nous avons pu ressortir l'importance pour les équipes de pouvoir partager et débriefer régulièrement des situations qui les touchent, de pouvoir être entendues par leurs collègues et par leur supérieurs hiérarchiques. En effet, cette communication permet de valoriser le travail de l'équipe, d'en garantir une meilleure dynamique et d'apporter un soutien émotionnel aux victimes d'agression.

6.2.3 Pistes pour des recherches futures

Tout au long de notre Travail de Bachelor, nous avons pu faire émerger un certain nombre de pistes pour construire de futures recherches :

1. La prise en considération du genre du soignant, quant à la perception et la gestion de l'agressivité d'un patient souffrant d'un TCC.
2. Le vécu de la famille et des proches confronté à l'agressivité d'un membre de la famille atteint d'un TCC.
3. La prise en charge de la famille ayant un proche atteint d'un TCC et démontrant de l'agressivité.
4. La prise en charge du professionnel victime d'agression.
5. Établir un échantillonnage composé du même nombre de participants dans toutes les disciplines représentées, ce qui permettrait un meilleur équilibre dans les informations recueillies auprès de chaque profession. L'idéal serait d'avoir une vue d'ensemble sur toutes les professions de la santé constituant l'équipe interdisciplinaire, y compris les médecins.

6.2.4 Limites de la recherche

Notre démarche de recherche contient un certain nombre de limites qu'il est important de préciser.

Tout d'abord, la question du temps qui nous a été conféré par la HES-SO pour la réalisation de notre Travail de Bachelor n'est pas négligeable. Nous avons été tenues de réaliser notre recherche en un an et quelques mois. Il faut tenir compte que dans ce temps imparti nous avons dû également nous soumettre aux nombreuses exigences de notre formation, à savoir des stages pratiques, des temps d'étude en classe et personnels ainsi que des examens. Nous n'avons donc pas pu dédier l'intégralité de notre temps à

notre recherche. De plus, arrivées au terme de celle-ci, nous avons lancé certaines pistes pour des recherches futures, que nous n'avons toutefois pas pu approfondir, le temps nous faisant défaut.

Une deuxième limite réside dans le fait que nous n'avons exploré qu'un milieu de soins avec une clientèle bien particulière. Les conclusions tirées de nos entretiens sont donc propre à celle-ci et ne sont par conséquent pas directement transférables pour d'autres populations et dans d'autres contextes. Le fait de n'avoir opéré nos entretiens que dans un seul centre de réadaptation peut également constituer une limite à la transférabilité de nos résultats sur d'autres sites de réhabilitation de Suisse ou du monde.

De plus, notre étude étant basée sur une approche phénoménologique, nous n'avons pas cherché à quantifier et à faire une généralisation des résultats obtenus, mais bien à appréhender un phénomène, à le comprendre, par l'exploration du vécu et de la perception d'infirmiers et de membres de l'équipe interdisciplinaire face à la problématique de l'agressivité. Ainsi, nous sommes conscientes que la plupart des informations que les professionnels nous ont transmises peuvent être considérées comme subjectives, car elles sont propres à l'individu lui-même et peuvent donc être influencées par sa personnalité, son histoire personnelle, sa culture, ses valeurs, ...

Nous identifions également comme limite le fait de ne pas avoir exploré la notion de « genre » quant à la perception qu'ont les professionnels de l'agressivité ainsi que des mesures de contention et leur gestion de ces troubles du comportement. Ce choix a été réfléchi et décidé pour restreindre les portées de notre travail et les variables à analyser. Toutefois, l'aspect de « genre » aurait indéniablement amené des éléments supplémentaires et des éclairages aux propos recueillis.

Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné, les portées de cette étude sont limitées car nous ne nous sommes intéressées qu'à l'avis de trois corps de métier et n'avons pas interrogé les autres membres de l'équipe interdisciplinaire, qui auraient sans doute amené des points de vues et des nuances supplémentaires.

7. Conclusion

Dans ce chapitre, nous revenons sur nos objectifs d'apprentissage puis nous exposons un bilan méthodologique et personnel, relevant pour chacun d'eux les facilités et difficultés que nous avons rencontrées. Finalement, nous rédigeons un bilan professionnel qui fait émerger ce que nous avons appris et qui pourra nous servir dans notre pratique future.

7.1 Retour sur les objectifs d'apprentissage

Cette recherche nous a permis de répondre aux quatre objectifs d'apprentissage que nous avons mentionné à la fin de notre chapitre d'introduction²³⁶.

Tout d'abord, nous avons élaboré notre Travail de Bachelor en suivant, étape par étape, une méthodologie rigoureuse, en nous basant sur la littérature de recherche en science infirmière ainsi que sur les cours de méthodologie dispensés par divers professeurs.

Ensuite, nous avons construit un cadre théorique relatif à notre problématique, en nous basant sur la littérature de diverses disciplines. Grâce à celles-ci, nous avons agrandi notre champ de connaissances concernant ce sujet.

De plus, nous pouvons affirmer que nous avons atteint notre objectif : effectuer une recherche empirique en effectuant des entretiens semi-directifs et en analyser les données recueillies en regard du cadre théorique développé. Ainsi, par notre démarche, nous pensons avoir été des praticiennes réflexives et avoir contribué à la recherche en soins infirmiers.

Finalement, nous avons procédé à l'analyse personnelle des données recueillies et les avons assemblées avec celles de notre collègue, dans le

²³⁶ Section 1.5 : Objectifs personnels d'apprentissage.

but d'avoir une vision globale de plusieurs professionnels de la santé afin de décrire le mieux possible le phénomène de l'agressivité et de répondre à notre hypothèse de recherche.

7.2 Bilan méthodologique

Par la réalisation de ce travail, j'ai pu m'initier pour la première fois à une recherche empirique sur une problématique de terrain. J'ai pu mettre en pratique les outils reçus pendant les cours de méthodologie. J'ai ainsi appris à construire un cadre théorique en me plongeant dans la littérature et en me servant de bases de données pour y trouver des études en lien avec mon sujet. J'ai également pu me familiariser avec une méthode de récolte de données (les entretiens semi-directifs) et j'ai pu m'exercer à l'analyse des propos recueillis, à la lumière de la théorie.

Grâce aux lectures entreprises sur les divers concepts choisis, je pense avoir pu élargir mon champ de connaissances professionnelles. D'un point de vue théorique, la réalisation des concepts a été une partie très enrichissante, car j'ai procédé à des lectures provenant de disciplines différentes (soins infirmiers, psychiatrie, sociologie, ...) pour en tirer des informations relatives à ma problématique et ainsi mieux la cerner. Le fait de devoir sélectionner les informations les plus pertinentes qui paraîtraient dans mon cadre théorique m'a permis de me positionner, dès le début de ce travail, avec un regard critique sur les études et écrits divers.

Tout au long de cette démarche, je me suis rendu compte de l'importance d'une méthodologie rigoureuse. En effet, celle-ci permet de cheminer étape par étape en gardant une cohérence entre chaque partie du travail.

Toutefois, l'approvisionnement de la méthode de recherche ne s'est pas fait sans difficulté. Totalement novice dans ce domaine, je n'avais jamais accompli un travail de cette ampleur et n'étais pas du tout familière avec les outils méthodologiques. Chaque partie de la démarche était source de

questionnement et demandait du temps pour en comprendre le but et la manière de procéder pour rédiger les informations.

Au terme de cette recherche, je peux tout de même constater que je me sens plus à l'aise avec ces outils méthodologiques et que j'ai intégré le cheminement pour élaborer une recherche empirique.

7.3 Bilan personnel

7.3.1 Facilités

Le choix du sujet s'est fait de manière rapide et aisée, car nous nous sommes rapidement trouvé un intérêt commun en ce qui concerne le vécu des professionnels de la santé face à l'agressivité et leur gestion de celle-ci. Le contexte dans lequel nous avons décidé de réaliser notre étude a également été rapidement choisi, car après discussion avec plusieurs personnes de référence en neuroréadaptation, nous avons pu identifier notre thème comme étant une réelle problématique de terrain qui suscitait de l'intérêt à être investiguée.

L'organisation des entretiens a également été facilitée par le bon contact établi avec les professionnels du milieu de soins et leur envie d'apporter leur contribution à notre travail. La personne de référence avec laquelle nous avons collaboré pour organiser ces interviews a été très présente et s'est chargée elle-même d'informer les infirmiers et les thérapeutes ainsi que de leur proposer de participer, ce qui a représenté pour nous un gain de temps non négligeable. La sympathie des participants et leur collaboration nous ont permis de réaliser les entretiens dans de bonnes conditions.

Pour moi, la rédaction même du travail n'a pas été source de difficultés particulières, pour autant que l'inspiration fût de la partie. Dès lors que j'identifiais l'ordre dans lequel je pouvais exposer et articuler mes idées, l'écriture en soi ne me posait pas de problème. Au contraire, je devais me restreindre pour ne pas trop développer.

Je tiens également à citer la bonne entente et la bonne collaboration avec Florence comme élément facilitateur. En effet, tout au long de ce travail, et cela malgré nos domiciles quelque peu éloignés, les vacances ou encore les stages nous sommes restées en contact. De ce fait, nous n'avons jamais perdu de vue nos objectifs et avons pu avancer de manière régulière dans la réalisation de notre travail. Cette collaboration en binôme nous a permis de confronter nos opinions et nos points de vue et ainsi de remettre en question certaines idées ou représentations, ce qui a été bénéfique pour faire avancer notre recherche. Dès le début, nous nous sommes mises d'accord sur les délais dans lesquels nous voulions rendre les parties du travail et avons essayé de les respecter. Dans les moments de doute, nous avons pu compter l'une sur l'autre pour être entendues, rassurées et encouragées.

Finalement, l'intérêt que je portais à ce sujet et l'envie d'être diplômée m'a motivée tout au long du processus.

7.3.2 Difficultés

Ce travail nous a demandé, à ma collègue et à moi-même, un grand investissement pour comprendre dans quelle directions nous devons nous diriger dans les diverses étapes et comment nous allions les construire.

Le sujet que nous avons choisi étant très vaste, il nous a été difficile, dans un premier temps, de délimiter ce que nous voulions réellement traiter et de ne pas trop nous disperser. Avec l'aide de notre directeur de mémoire, nous avons pu avoir les idées plus claires et ainsi limiter notre recherche. Nous avons par exemple décidé de ne pas prendre en compte la notion de genre. Pour ma part, mon envie de vouloir développer chaque élément de manière approfondie m'a posé la difficulté de me restreindre à l'essentiel.

La durée des entretiens que j'ai réalisés m'a demandé un long travail de retranscription qui s'est avéré plutôt pénible. De plus, rassembler la masse de données recueillies auprès des professionnels et en ressortir les éléments principaux pour en rédiger mon analyse n'a également pas été aisé, vu la taille des interviews qui pouvaient parfois durer plus d'une cinquantaine de

minutes. Lors de mon analyse, je me suis rendu compte qu'il était parfois assez complexe de rester fidèle aux propos des professionnels tout en les analysant sans les interpréter de manière erronée. En outre, ayant réalisé mon stage dans ce service, durant la réalisation de ce mémoire²³⁷, j'ai dû faire attention à ne pas me fier à mes propres perceptions et à ma propre expérience pour ne pas biaiser ou interpréter à ma manière les propos des participants.

La réalisation d'un tel travail demandant du temps, de l'énergie et de la patience, j'ai parfois trouvé difficile de la concilier avec le programme chargé de cette dernière année, englobant les stages, les travaux à rendre, les heures de cours, les préparations des examens et les examens eux-mêmes. Malgré la fatigue et le stress, il fallait continuer, avancer. À certains moments, il me paraissait presque surhumain de réussir à mener à bien tout ce dont on attendait de moi et je m'en trouvais quelque peu découragée.

D'un point de vue purement pratique, mon lieu de domicile éloigné de celui de Florence a été quelquefois un obstacle. Pour nous éviter certains déplacements et les coûts qu'ils engendrent, nous avons décidé, à plusieurs reprises, de communiquer par téléphone ou par moyens audio-visuels sur internet (Skype) pour travailler ensemble certaines parties de notre travail. Cela ne s'est pas révélé optimal.

7.4 Bilan professionnel

Lors d'un stage dans un service de neuroréadaptation durant ma première année de formation, les situations d'agressivité de personnes atteintes de TCC m'avaient, en tant que jeune étudiante, beaucoup interpellée. C'est pourquoi un travail sur ce sujet me semblait intéressant autant d'un point de vue personnel que professionnel. Par cette démarche, j'ai non seulement identifié une réelle problématique de terrain, mais j'ai également pu en acquérir une vision théorique et humaine différenciée, en relevant les propos

²³⁷ Ce stage s'est déroulé lorsque nous avons déjà réalisé les entretiens et bien entamé l'analyse des données.

de plusieurs professionnels de disciplines différentes et en les analysant avec une littérature propre à divers domaines.

Grâce à ce travail, j'ai donc acquis une vision plus large de cette problématique, ce qui me servira sans aucun doute dans ma pratique future. Comme nous l'avons spécifié dans le chapitre sur la Discussion, nous ne pensons pas que cette étude soit superposable, dans son intégralité, à d'autres milieux de soins, le domaine de la réadaptation étant très spécifique. Je pense toutefois que certaines informations, qu'elles soient tirées de la théorie ou des propos des professionnels, peuvent être utilisées dans d'autres situations où un patient serait agressif, comme par exemple certaines techniques d'approche du patient, de gestion de l'agressivité ou encore l'organisation de l'environnement.

Un point essentiel qui est ressorti de cette étude est l'importance de la communication interprofessionnelle. Le thème abordé était celui de la gestion de l'agressivité. Je pense avoir compris le rôle essentiel de la communication, dans quelque situation que ce soit, dans la promotion d'une collaboration interdisciplinaire de qualité permettant ainsi une bonne organisation du service ainsi qu'une prise en charge optimale du patient, ceci en avançant avec une même ligne de conduite. En outre, je tenterai d'être présente, tant que possible, pour mes collègues, si ceux-ci ressentent le besoin de se confier sur une situation difficile.

De plus, j'ai également pu noter l'importance d'un personnel formé et informé en ce qui concerne la population avec laquelle il travaille et les divers troubles pouvant y être associés, afin d'en assurer une prise charge adaptée. Dans ma pratique, je serai attentive à toujours chercher à acquérir de nouvelles connaissances actualisées, en me formant et m'informant sur des sujets relatifs à ma profession et à la prise en soins des patients que je côtoierai.

Enfin, ce travail m'a permis de m'interroger moi-même sur les mesures de contention chimiques et physiques et d'en retirer des apprentissages en lien avec la théorie et les dires des professionnels. Dans ma pratique future, je porterai un regard critique quant à l'utilisation des mesures de contention dans les divers milieux de soins dans lesquels j'exercerai et essaierai d'y sensibiliser mes collègues. Je veillerai à respecter mon éthique personnelle ainsi que l'éthique soignante et les droits des patients. Je tenterai de toujours questionner ma prise en soins et de prendre du recul sur les situations difficiles.

« Le savoir est un champ, mais s'il n'est ni labouré, ni surveillé, il ne sera pas récolté. »

Proverbe Peul

8. Bibliographie

8.1 Livres

ALBOUCHER, Jean-François [et al.]. *L'infirmier(e) en neurologie : comprendre et soigner*. Paris : Masson, 2002. 270p. (Savoir & pratique infirmière). ISBN : 2-294-00776-x.

ALLIN-PFISTER, Anne-Claude. *Travail de fin d'études, Clés et repères*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2004.

BERGEO, Catherine, AZOUVI, Philippe et al.]. *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Paris : Editions Frison-Roche, 1995.291p. ISBN : 2-87671-185-0.

BON, Emmanuel [et al.]. *Déficiences motrices et handicaps. Aspects sociaux, psychologiques, médicaux techniques et législatifs ; troubles associés*. Noisy-le-Grand : Éditions Vuibert, 1996. ISBN : 2-7117-5236-4.

BLONDEAU, Danielle [et al.]. *Ethique et soins infirmiers*. Québec : Les presses de l'université de Montréal, 1999. 336p. ISBN : 2-7606-1740-8.

CAMBIER, Jean, MASSON, Maurice, DEHEN, Henri. *Abrégé Neurologie*. Paris : Masson, 2004. 554 p. ISBN : 2-294-03125-5.

COHADON, François [et al.]. *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. 3^{ème} édition. France : ARNETTE, 2008. 446p. ISBN : 978-2-7184-1177-4.

E.GBEZO, Bernard. *Les soignants face à la violence*. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.

FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Editions MALLET CONSEIL, 2009. 291p. ISBN : 978-2-9533311-0-3.

JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1^{ère} édition. Zürich : FRAGILE SUISSE, 2007.72p.

KARLI, Pierre. *L'homme agressif*. Paris : éditions Odile Jacob, 1987, 385p. ISBN : 2-02-009553-X.

KESSELRING, Anne-Marie [et al.]. *Les infirmières et la recherche : principes éthiques*. Berne : Secrétariat central ASI, 2002. 24p.

LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGrath, Joanne. *Méthodes de recherche en sciences infirmière. Approches quantitatives et qualitatives*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. Québec : Polit et Beck, 2007. 591p. ISBN : 978-2-7613-1868-6.

MARIEB, Elaine N. *Anatomie et physiologie humaines*. 2^{ème} édition. Saint-Laurent: Editions du Renouveau Pédagogique Inc, 1993.1014p.

MERCADIER, Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital: Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris: Edition Seli Arslan SA, 2002. 287p. ISBN : 2-84276-081-6.

MICHEL, Michel ; THIRION, Jean-François. *Faire face à la violence dans les institutions de santé*. Rueil-Malmaison : LAMARRE, 2004. 237p. (Fonction cadre de santé). ISBN : 2-85030-796-3.

MORIN, Yves [et al.]. *Larousse médical*. Paris : édition Larousse, 2005, 1219p. ISBN : 2-03-560265-3.

MULLER, André [et al.]. *Soins infirmiers et douleur : évaluation de la douleur. Modalité du traitement. Psychologie du patient*. Paris, Masson, 2000.253p. ISBN : 2-225-85726-1.

OPPENHEIM-GLUCKMAN, Hélène [et al.]. *Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien. Guide à l'attention de la famille et des proches*. Paris : Éditions du CTNERHI, 2007. 280p. ISBN : 978-2-87710-204-9.

PÉLLISSIER, J., BARAT, M., MAZAUX ; J.M. *Traumatisme crânien grave et médecine de rééducation*. Paris : Masson, 1991.372p. ISBN : 2-225-82385-5.

ROBERT, Paul. *Le nouveau Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Nouvelle édition*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 2000. 2841p. ISBN : 2-85036-668-4.

ROY, Callista. *Introduction aux soins infirmiers : le modèle de l'adaptation*. Genève : 1983. 495p.

SAINT- ARNAUD, Jocelyne. *L'éthique de la santé. Guide pour l'intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 2009. 390p. ISBN : 978-2-89632-023-3.

TOURNEBISE, Thierry. *L'écoute thérapeutique : cœur et raison en psychothérapie*. Issy-les-Moulinaux : ESF éditeur, 2005.185p. ISBN : 2-7101-1750-9.

ZACZYK, Christian. *L'agressivité au quotidien. Comprendre les ressorts de l'agressivité et mettre en place des stratégies pour éviter l'escalade*. Paris : Bayard Editions, 1998. 252p. ISBN : 2-227-13757-6.

8.2 Cours

SCHOEPP, C. *Entretiens et recherches en soins infirmiers*. Cours du module 2808. Travail de Bachelor – Elaboration du projet. Filière soins infirmiers : Sion, février 2010.

SCHOEPP, C. *La validité d'une recherche qualitative & Recherche en soins infirmier*. Cours module 2808. Travail de Bachelor – Élaboration du projet. Filière soins infirmiers : Sion, 2010.

8.3 Articles

AZOUVI, Philippe. Clinique et évolution du traumatisme crânien sévère. *Soins*, 2003, no 679, p. 39-42.

BARBIER, Marie-Paule, LAUTISSIER, Annie. Le chemin clinique d'une personne opérée de l'épaule. *Soins Cadres*, 2009, no 72, p. 34-36.

BERGMAN, Len. Approches de l'agressivité et de la violence. *Soins psychiatrie*, 2000, no 210, p.15-20. ISSN : 0241-6972.

BLANC, Nicolas-Armand. L'interdisciplinarité en questions. *Soins cadres*, 2009, no 72, p.20-21.

GILLET, Pierre. Accepter un traumatisme crânien : Mission impossible. *Soins*, 2003, no 679, p.42-43.

LAMBELIN, André. Apprendre à gérer sa propre agressivité. *Soins psychiatrie*, 2000, no 210, p.33-37. ISSN : 0241-6972.

LEFEBVRE Hélène, [et al.]. Programme d'intervention familiale interdisciplinaire. Partenariat entre professionnels de la santé, personnes ayant un traumatisme crânio-cérébral et proches soignants. *Pédagogie médicale*, 2007, vol 8, no 2, p. 91-100.

LEFEBVRE Hélène, [et al.]. Le traumatisme crânio-cérébral suite à un accident de la route : les mots des personnes, des familles, des médecins et des professionnels. *Recherche en soins infirmiers*, 2004, no 78, p. 14-34.

LONGNEAUX, Jean-Michel. Prendre soin et la violence. *Soins psychiatrie*, 2000 no 210, p.21-25. ISSN : 0241-6972.

LUTUMBA Ntetu [et al.]. Les agressions en milieu psychiatrique. Vécu et perceptions des intervenants du Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie. *Santé mentale au Québec*. 1999, vol.24, n°2, p.217-228.

PARMENTIER, Annick. Le rôle de l'infirmière dans la rééducation du traumatisé crânien. *Soins*, 2003, no 679, p. 46-47.

P.OLSEN, Douglas. Isolement et surveillance vidéo : Considérations Éthique. *Soins psychiatrie*, 2000, no 210, p.26-29. ISSN : 0241-6972.

SCHWACH, Victor. L'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle. *Soins Cadres*, 2009, no 72, p.22-25.

SCHUWEY-HAYOZ, Aline, NEEDHAM, Ian. Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. *Variation*, septembre 2006, no86, p.108-115.

TASSÉ, Marc[et al.]. Formation ICARE (Intervention pour comportements agressifs en résidence/réadaptation) pour parents d'adolescents présentant une déficience intellectuelle et des comportements agressifs. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 1999, vol10, n°2, p.101-108.

VERHAEGHE Sofie, DEFLOOR Tom, GRYPDONK Mieke. Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of literature. *Journal of Clinical Nursing*, 2005, vol 8, no 14, p.1004-1012.

VISALLI, Hank ; McNASSER, Grace. Un modèle efficace de pratiques sans contention. *Soins psychiatrie*, 2000, no 210, p.30-32. ISSN : 0241-6972.

8.4 Cyberographie

CONFÉDÉRATION SUISSE. *RS 220 Loi fédérale complétant le Code civil suisse* [en ligne]. Janvier 2010.
Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/220/a328.html>
(Consultée le 30 octobre 2010).

CONFÉDÉRATION SUISSE. *RS 822.11 Loi fédérale sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce* [en ligne]. Août 2008.
Adresse URL : http://www.admin.ch/ch/f/rs/822_11/a6.html
(Consultée le 30 octobre 2010).

CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES. *Directives : Comment affronter la violence au travail*. [en ligne]. 2007.
Adresse URL : http://www.anil.lu/image/directive_sur_la_violence_au_travail_presse15504377.pdf
(Consultée le 10 juillet 2010).

FRAGILE SUISSE. *Association suisse des personnes cérébro-lésées et de leurs proches* [en ligne].
Adresse URL : <http://www.fragile.ch/index.cfm?nav=43,45,86&SID=7&DID=1>
(Consultée le 11 mai 2011).

HES-SO VALAIS/WALLIS. *Formation Pratique. Evaluation des compétences Bachelor-niveau « expertise »* [en ligne]. 2009.

Adresse URL :

<http://intranet.hevs.ch/index.asp?nocategorie=26&nolangue=1&noDomaine=3&ContenuMenuNiveaux=1687&NoMenuCollabo=&MenuNiveaux=222x1665x1667x1687x0>

(Consultée le 5 octobre 2010).

NIEMANN, Steffen [et al.]. *Statistiques des accidents non professionnels et du niveau de sécurité en Suisse. Status 2009* [en ligne]. BPA, 2009.

Adresse URL :

http://www.bfu.ch/French/Statistikverwaltung%20PDFs/Status_2009_fr.pdf

(Consultée le 23 avril 2010).

OMS. *Rapport mondiale sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation* [en ligne]. 2004.

Adresse URL :

http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/main_messages_fr.pdf

(Consultée le 23 avril 2010).

OMS. *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde : il est temps d'agir.* [En ligne]. 2009.

Adresse URL :

http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/web_version_no_annex_fr.pdf

(Consultée le 23 avril 2010).

OMS. *Travaux préparatoires à l'élaboration du Plan Violence et Santé en application de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004* [en ligne]. Août 2004. URL :

http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/vip_annexesrap_anneTursz.pdf

(Consultée le 1er juillet 2010).

SANIMÉDIA. *Les droits des patients dans les cantons de Berne, Fribourg, Jura, Neuchâtel, Valais et Vaud* [en ligne].

Adresse URL :

http://www.sanimedia.ch/content/droits_des_patients/ddp_mesures_contraintes.htm

(Consultée le 8 mai 2010).

8.5 Articles en ligne

CHAMBERLAIN, DJ. The experience of surviving traumatic brain injury. *Journal of Advanced Nursing* [en ligne]. 2006, 54 (4) : 407-17 (36 réf)

Adresse URL :

www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=203&accno=2009239609

(Consultée le 22 décembre 2009).

FILLINGER, Christelle. *Diplôme d'université soins infirmiers en rééducation et réadaptation : Soins et agressivité : quelle alliance ?* [en ligne]. 2006

Adresse URL :

http://www.airr.info/docs/memoire_soins_et_agressivite.pdf

(Consultée le 6 juillet 2010).

LUTUMBA NTETU, Antoine [et.al]. Les agressions en milieu psychiatrique. Vécu et perceptions des intervenants du Pavillon Roland-Saucier du Complexe hospitalier de la Sagamie. *Santé mentale au Québec* [en ligne]. 1999, vol.24, n°2, p.217-228.

Adresse URL :

<http://www.erudit.org/revue/smq/1999/v24/n2/013020ar.pdf>

(Consultée le 18 avril 2010).

NDIAYE, Amina, GADEGBEKU, Blandine, CHIRON, Mireille. Séquelles majeures en traumatologie routière, *BEH* [en ligne]. 2006, no 36, p. 267-273.

Adresse URL :

<http://www.bdsp.ehesp.fr/FullText/Show.asp?Ref=345612>

(Consultée le 20 décembre 2009).

VALLOTTON, Michel [et al.]. Mesures de contrainte en médecine. Directives médico-éthiques de l'ASSM. *Bulletin des médecins suisses*[en ligne]. 2005, no 35, p. 2046-2054.

Adresse URL :

www.samw.ch/dms/fr/.../zwangsmassnahmen_f_05.pdf

(Consultée le 30 octobre 2010).

9. Annexes

Table des matières

Annexe 1 : Lettre d'information pour les participants	II
Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé	IV
Annexe 3 : Référentiel des compétences.....	VI
Annexe 4 : Feuille ECTG.....	XI
Annexe 5 : Grille d'entretien.....	XII

Annexe 1 : Lettre d'information pour les participants**Lettre d'information aux participants****TRAVAIL DE BACHELOR SUR**

«L'infirmière et l'équipe interdisciplinaire face à l'agressivité d'un client souffrant d'un traumatisme crânio-cérébral»

Réalisé par Johanna Carruzzo, étudiante à la HES-SO/Valais Wallis

Information destinée aux personnes participant à l'étude²³⁸

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la HES-SO/ Valais Wallis j'entreprends un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre la manière dont les soignants et l'équipe interdisciplinaire gèrent les situations de soins où ils sont confrontés au comportement agressif d'un patient souffrant d'un post-TCC. Directement concerné(e) par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative sur votre travail. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer, je vous contacterai et fixerai avec vous un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera à la clinique où un autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux, en tête-à-tête avec moi-même et durera environ 45 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les enregistrements seront détruits dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin 2011.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

²³⁸ Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

Cette étude vise à analyser la manière dont les soignants et l'équipe interdisciplinaire gèrent les situations de soins où ils sont confrontés au comportement agressif d'un patient souffrant d'un TCC. Pour ce faire, un entretien par personne est prévu durant le mois de novembre.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre la problématique de la gestion de situation d'agressivité dans le cadre d'un TCC.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Johanna Carruzzo

Contacts:

Johanna Carruzzo , étudiante HES-SO// Valais Wallis.

Bernard Kamerzin, Directeur du Travail de Bachelor, à la HES-SO Valais Wallis

Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé**Formulaire de consentement éclairé****TRAVAIL BACHELOR SUR**

«L'infirmière et l'équipe interdisciplinaire face à l'agressivité d'un client souffrant d'un traumatisme crânio-cérébral »

Mené par Johanna Carruzzo, étudiante à la HES-SO/Valais Wallis
Bernard Kamerzin, directeur du Travail Bachelor à la HES-SO/Valais Wallis

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant au mémoire de fin d'étude²³⁹

Le (la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'étude.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'étude, à savoir au plus tard fin 2011.
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de mémoire de fin d'étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

²³⁹ Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer au mémoire de fin d'étude mentionné dans l'en-tête.

Date.....

Signature

Contacts :

Johanna Carruzzo, étudiante HES-SO// Valais Wallis.

Bernard Kamerzin, Directeur du Travail de Bachelor, à la HES-SO Valais Wallis

Annexe 3: Référentiel des compétences 3^{ème} année Bachelor**Niveau « expertise »****1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins**

L'étudiant-e :

- appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins
- se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins infirmiers dans son activité professionnelle
- recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles
- maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance... etc.) dans la gestion des situations rencontrées
- crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques

2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires :

L'étudiant-e :

Conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins :

- intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge, état de santé, situation sociale, culture etc.).
- s'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client
- utilise le geste et le soin au corps dans la relation

- met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation thérapeutique, etc.)
- accompagne le client dans la construction du sens de l'expérience vécue

Réalise les soins requis :

- détermine les ressources les plus pertinentes à la situation
- discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
- argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins

Organise son travail en tenant compte du contexte :

- argumente les priorités et les opérationnalise
- critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus
- mobilise les ressources et compétences nécessaires
- délègue, supervise et évalue le travail confié
- garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites

3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

L'étudiant-e :

- se réfère aux déterminants de la santé pour évaluer les besoins de santé
- accompagne la clientèle dans la clarification de ses demandes et dans la recherche de solutions, respecte ses choix
- choisit et développe des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- conduit des actions éducatives
- propose et participe à des projets de santé communautaire

- oriente et motive la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé

4. Evaluer ses prestations professionnelles

L'étudiant-e :

- justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et de critères de qualité explicites
- recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle

5. Contribuer à la recherche en soins et en santé

L'étudiant-e :

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (Travail de Bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement

6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé

L'étudiant-e :

- mène des actions d'information et de formation
- participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs

- s'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et d'encadrement

7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

L'étudiant-e :

- intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels
- mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle

8. Participer aux démarches qualité

L'étudiant-e :

- évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

L'étudiant-e :

- suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle

- s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général
- préserve quotidiennement sa santé dans son travail
- intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession

Annexe 4: Feuille ECTG

EGTC version

Nom du patient :

Date :

Contexte¹ :

	Catégories de trouble du comportement	Comportements observés ²	Fréquence ³	Impact sur l'intégration ³
1	Abus de substances		0123456	N L M S E
2	Idées suicidaires		0123456	N L M S E
3	Auto-agressivité		0123456	N L M S E
4	Agressivité verbale		0123456	N L M S E
5	Agressivité physique		0123456	N L M S E
6	Comportement destructeur		0123456	N L M S E
7	Comportement oppositionnel		0123456	N L M S E
8	Comportements sociaux bizarres		0123456	N L M S E
9	Désinhibition verbale		0123456	N L M S E
10	Désinhibition physique		0123456	N L M S E
11	Tentative de fugue		0123456	N L M S E
12	Agitation/surexcitation		0123456	N L M S E
13	Impulsivité		0123456	N L M S E
14	Intolérance à la frustration		0123456	N L M S E
15	Persévérations		0123456	N L M S E
16	Rigidité		0123456	N L M S E
17	Isolement		0123456	N L M S E
18	Apathie		0123456	N L M S E
19	Perte des émotions		0123456	N L M S E
20	Anosognosie		0123456	N L M S E
21	Autre		0123456	N L M S E

¹ Spécifier le contexte d'observation (milieu hospitalier/de vie)² Préciser la/les manifestation(s) les plus importantes dans cette catégorie de troubles en se référant aux définitions en annexe³ Coter en se référant aux définitions en annexe

Annexe 5: Grille d'entretien

Hypothèse de recherche : La gestion de soins promulgués à des patients post-TCC au comportement agressif dépend à la fois du ressenti du professionnel, de sa formation, de son apprentissage du cadre légal et éthique, mais aussi des moyens mis à disposition au sein de l'institution où il exerce.

Objectifs de recherche	Questions	Relances
Identifier la perception qu'ont les professionnels de l'équipe interdisciplinaire et infirmière de l'agressivité d'un patient ayant subi un TCC	<ul style="list-style-type: none"> - Quelle est votre représentation de l'agressivité ? Que signifie pour vous le terme agressivité ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Comment percevez-vous l'agressivité chez un patient post-TCC. Comment le comprenez-vous ? - A quelle fréquence y êtes-vous confronté dans le contexte de votre travail ?
Identifier les attitudes et les comportements des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire et infirmière dans la gestion d'un client ayant subi un TCC et présentant un comportement agressif et les mettre en commun.	<ul style="list-style-type: none"> - Pouvez-vous effectuer les séances de thérapie si le patient présente un comportement agressif ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Si oui quelles sont vos interventions? (temps de la thérapie, autre manière de faire la thérapie?) - Demandez-vous à l'équipe infirmière de pré-médiquer la personne ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles réactions et quels comportements adoptez-vous face à un patient TCC que vous avez en thérapie qui démontre de 	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont vos réactions face à un patient agressif ? (apaisement, confrontation, évitement,...) - Par quels moyens essayez-vous de

	l'agressivité ?	<p>gérer la situation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles précautions prenez-vous pour intervenir tout en gardant un maximum de sécurité ? - En quoi votre vécu personnel et votre personnalité influence votre façon de gérer la situation ? Pouvez-vous développer ? - En quoi votre expérience professionnelle a un impact sur votre manière d'appréhender, de ressentir une situation d'agressivité ? - Selon vous, est-ce que la charge de travail influence votre mode d'action face à un patient agressif ? pourquoi ?
Explorer le ressenti des divers acteurs de l'équipe interdisciplinaire et infirmière confrontés au un comportement agressif d'un patient post TCC.	<ul style="list-style-type: none"> - Que ressentez-vous dans de telles situations ? Pouvez-nommez vos émotions (peur, colère, incompréhension, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> - En quoi votre ressenti influence vos agissements ? Pouvez-vous préciser ? - Vous arrive-t-il de ressentir de l'appréhension à prendre en charge ce genre de clientèle ? - Vous arrive-t-il de ressentir de l'appréhension à organiser une thérapie à ce type de patient ?
Identifier les connaissances de l'équipe interdisciplinaire concernant l'aspect légal et	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissez-vous le contenu de la loi concernant le droit des patients du canton du Valais ? (notamment 	<ul style="list-style-type: none"> - L'utilisez-vous comme référence dans votre pratique ? Comment concrètement ?

<p>éthique en lien avec les mesures de contention ainsi que la perception qu'ils ont de ces mesures et leur mise en pratique dans l'institution.</p>	<p>en ce qui concerne les mesures de contention)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que représente pour vous « la contention » ? - Que ressentez-vous lorsque vous être face à un patient pour lequel des moyens de contention sont utilisés ? - Connaissez-vous les règlements propres à votre institution concernant les mesures de contraintes ? Quels sont-ils ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous que dans l'institution dans laquelle vous travaillez, les moyens employés pour gérer l'agressivité respectent les principes éthiques et les droits des patients ? et pourquoi ? - La percevez-vous comme un acte de soin ou comme un acte sécuritaire ? - Etes-vous parfois confronté à un dilemme d'ordre éthique dans l'utilisation de moyens de contention ? Si oui dans quelle situation ? - Pensez-vous réagir toujours de manière professionnelle ou parfois êtes –vous guidés par l'émotion ? Développez. - Ethiquement vous sentez-vous plus à l'aise dans l'utilisation de contentions chimiques ou physiques ? - Sont-ils toujours respectés ? si, non dans quelles situations ? - Selon vous sont-ils adaptés ou comportent-ils des lacunes ?
--	---	--

Comprendre le rôle de la formation dans la prise en charge de l'agressivité.	<ul style="list-style-type: none"> - Pensez-vous que la formation que vous avez eue vous prépare-t-elle à gérer un comportement agressif ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre de votre formation, quelles sont les connaissances que vous avez acquises afin de gérer des situations d'agressivité ? Selon vous sont-elles suffisantes ? - Avant le début de votre formation et pendant celle-ci, étiez-vous conscient que vous pouviez être confronté à de l'agressivité de la part d'un patient ? - Votre formation professionnelle a-t-elle modifié votre approche et votre gestion de l'agressivité dans la vie de tous les jours ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles compétences professionnelles vous permettent de prendre en charge un patient agressif ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Selon vous, quel professionnel de l'équipe interdisciplinaire aurait le plus de compétences pour gérer l'agressivité ? et pourquoi ? - Comment gérez-vous le temps d'exécution de vos prestations auprès d'un pt avec un comportement agressif (moins de prestations propres plus de relationnel ?)
Identifier les moyens mis à disposition par l'institution pour permettre la gestion de	<ul style="list-style-type: none"> - Quels outils/moyens et directives vous apporte votre institution pour évaluer et gérer ce genre de situation ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il dans votre institution une grille d'évaluation du degré d'agressivité potentiel du patient à laquelle vous pouvez vous référer

l'agressivité.		<p>dans votre pratique ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Y a-t-il des protocoles mis en place dans l'institution pour vous aider à gérer des comportements agressifs ? - Les trouvez-vous fonctionnels et les utilisez-vous ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles attentes avez-vous auprès de l'institution à la suite d'une agression ? 	<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que votre milieu de travail vous apporte un soutien et un suivi pendant et après ce genre de situation ? Si oui par quels moyens ? - Que faites-vous après une situation où vous êtes confronté à de l'agressivité (rapport collègues, rapport au chef, rapport d'incident,..) ?
<ul style="list-style-type: none"> - (Genre) - Quelle est votre profession ? - Années de pratique ? - Cursus ? - Caractère ? - Avez-vous choisi de travailler dans cette unité ? pourquoi ? 		