Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

TCC et Agressivité : Défi Infirmier ET Interdisciplinaire

Réalisé par : Florence Avanthay

En collaboration avec : Johanna Carruzzo

Promotion : Bachelor 08

Sous la direction de : Mr Bernard Kamerzin

Juillet 2011

Résumé

Ce travail de fin d'étude 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 des données a été effectué par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de cinq infirmiers et infirmières exerçant leur profession au sein de la même clinique, dans un service de neuroréadaptation.

Ma collègue a exploré la même question, en prenant pour population, cinq thérapeutes de l'équipe interdisciplinaire dont deux neuropsychologues et trois physiothérapeutes

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.

De cette recherche, 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 appréhende une situation d'agressivité. Ensuite, nous pouvons relever l'importance de la formation et de l'expérience pour acquérir des clés pour pouvoir gérer ce type de troubles du comportement. Une bonne collaboration et communication interdisciplinaire se sont également révélées essentielle pour assurer une bonne prise en charge du patient. Enfin, les mesures mises en place 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 Johanna**, chère collègue et amie avec laquelle j'ai mené cette recherche. Je souhaite la remercier pour son dévouement, sa disponibilité, sa patience, sa sympathie et ses encouragements 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 méthodologies et nous a fait part de son grand savoir pour mener à bien cette recherche initiale.

…**Aux infirmiers et thérapeutes** 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 ma famille et à mes amis** pour leur grande patience, leurs encouragements et leur soutien inconditionnel dans les moments difficiles.

…**A Fabien, Alodie, Raphaëlle, Karine, et Aurore,** pour les nombreuses heures qu'ils ont passé à corriger et lire 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 8

1.5 Objectifs personnels d'apprentissages 11

2. Problématique 12

2.1 Formulation du problème et question spécifique de recherche 12

2.2 Question central de recherche et hypothèse 14

2.3 Objectifs de recherche 14

3. Cadre conceptuel 16

3.1 Traumatisme crânio-cérébral 16

3.1.1 Physiopathologie 16
3.1.2 Phase aigüe : coma et éveil 19
3.1.3 Phase de rehabilitation 22
3.1.4 Répercussions du traumatisme cranio-cérébral 23
3.1.5 Impact psychologique sur le patient 26
3.1.6 Et la famille … : 28

3.2 Concept de réadaptation 31

3.3 Le concept d'agressivité 37

3.3.1 Introduction 37
3.3.2 Définition générale 38
3.3.3 Violence et colère 40
3.3.4 Point de vue physiologique de l'agressivité 42
3.3.5 Les manifestations de l'agressivité 44
3.3.6 L'agressivité dans un service de neuroréhabilitation 45
3.3.7 Les soignants et l'agressivité 49
3.3.8 Faire face à l'agressivité 52
3.3.9 Médicaments 52
3.3.10 Principes généraux d'intervention 53
3.3.11 L'aspect légal 55
3.3.12 Les mesures de contrainte : point de vue médico-éthique 56

4. Méthodologie 62

4.1 Méthode qualitative 62

4.2 Technique de récolte de données 62

4.2.1 Entretien semi-directif : 62
4.2.2 Avantages 63
4.2.3 Limites 63

4.3 Construction de l'outil 65

4.3.1 Pré-test 65
4.3.2 Déroulement des entretiens 66

4.4 Échantillon 67

4.4.1 Type et taille de l'échantillon 67
4.4.2 Les critères de sélection de la population 68
4.4.3 Avantages et limites 69

4.5 Aspects éthiques 70

4.5.1 Autonomie ... 70
4.5.2 Véracité ... 70
4.5.3 Fidélité ... 71
4.5.4 Confidentialité ... 71
4.5.5 Faire le bien / ne pas nuire ... 71
4.5.6 Justice ... 72
5. Analyse ... 73
5.1 Description de la technique d'analyse ... 73
5.2 Analyse ... 76
5.2.1 Thème 1 : L'agressivité perçue par les infirmiers ... 76
5.2.2 Thème 2 : Gestion de l'agressivité par les infirmiers ... 80
5.2.3 Thème 3 : Ressenti des soignants ... 89
5.2.4 Thème 4 : Les soignants et la contention ... 92
5.2.5 Thème 5 : Rôle de la formation ... 97
5.2.6 Thème 6 : Et après l'agression ... 99
5.3 Synthèse ... 101
5.4 Mise en commun des résultats ... 106
5.4.1 L'agressivité perçue par les infirmiers et les thérapeutes ... 106
5.4.2 Gestion de l'agressivité par les infirmiers et par l'équipe interdisciplinaire ... 107
5.4.3 Ressenti des soignants et des thérapeutes ... 110
5.4.4 Les infirmiers et thérapeutes face à la contention ... 111
5.4.5 Rôle de la formation ... 113
5.4.6 Et après l'agression… ... 113
5.5 Vérification de l'hypothèse ... 115
6. Discussion ... 119
6.1 Validité interne ... 119
6.1.1 Cohérence de notre démarche de recherche, choix du thème et élaboration de la problématique ... 119
6.1.2 Choix des concepts et élaboration du cadre théorique ... 120
6.1.3 Pré-tests et entretiens ... 121
6.1.4 Analyse : ... 122
6.1.5 Crédibilité et authenticité ... 123
6.2 Validité externe ... 124
6.2.1 Saturation des données ... 125
6.2.2 Recommandations principales pour la pratique ... 125
6.2.3 Pistes pour des recherches futures ... 127
6.2.4 Limites de la recherche ... 127
7. Conclusion ... 129
7.1 Retour sur les objectifs d'apprentissage ... 129
7.2 Bilan méthodologique ... 130
7.3 Bilan personnel ... 131
7.4 Bilan professionnel ... 132
8. Bibliographie ... 134
8.1 Livres ... 134
8.2 Cours ... 136
8.3 Articles ... 136
8.4 Cyberographie ... 137
8.5 Articles en ligne ... 139
9. Annexes ... I

1. Introduction

Cette étude voit le jour dans le cadre de notre formation en soins infirmiers à la HES-SO[1] Valais/Wallis de Sion. Johanna Carruzzo 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 avions comme consigne de trouver un sujet source de questionnement directement tiré de la pratique professionnelle, à partir duquel nous devions 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-cérébral[2]. 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 abréger 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'apprentissage.

Dans le deuxième chapitre, nous développons la problématique issue du terrain à partir de laquelle découle notre question spécifique de recherche[3] 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 contentions.

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 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.

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

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'apprentissage 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**

L'intérêt que je porte pour mon Travail de Bachelor à tout d'abord était centré sur l'agressivité en milieu de soin dans les établissements médicaux sociaux (EMS). En effet, mon expérience en tant qu'assistante en soins santé communautaire (ASSC) m'a inspiré ce sujet. Ce mot « agressivité » revient souvent dans le domaine des soins comme dans la vie de tous les jours, apparaissant régulièrement dans toutes les formes de communications, dans la presse écrite, à la télévision, ou encore sur internet. Toutefois, dans le cas présent, je vais plutôt me concentrer sur le domaine des soins.
Il y a neuf ans, j'ai commencé un apprentissage en tant qu'assistante en soins santé communautaire. Mes premiers stages dans des maisons de retraite m'ont amené à adopter de nouvelles perspectives sur ce domaine que je ne connaissais pas, notamment au sujet du mal-être et de l'agressivité des personnes âgées. En effet, elles ne sont pas uniquement des « grands-papas et des grands-mamans », mais peuvent aussi être des personnes désorientées, dont l'un des moyens de communication se manifeste par de l'agressivité. Cependant, ce n'est pas le cas de tous les résidents.

En guise d'illustration, je pourrais prendre l'exemple d'un homme âgé que j'ai côtoyé lors de mes stages. Dément, il ne parlait pas, il ne voulait pas qu'on l'approche, il brandissait sa canne et hurlait dès qu'il voyait un soignant.

Les membres de l'équipe en avaient peur et les soignants ne voulaient pas s'en occuper. En tant qu'apprenante en soins communautaires, j'ai tenté de m'en occuper, mais je ne savais pas comme l'approcher, ni comment m'y prendre. En effet, j'avais peur, je ressentais de l'appréhension ainsi que du chagrin pour cette personne. Toutefois, le dialogue était ouvert avec les infirmières responsables du service. Elles répondaient à mes interrogations avec professionnalisme, notamment au sujet de la grande utilisation de médicaments, dont je ne comprenais pas encore tout.
C'est dans ce contexte que j'ai commencé à me poser des questions en rapport à la sécurité du patient et à celle des soignants.

Actuellement, en tant qu'étudiante infirmière, je doute toujours quant à la prise en charge des personnes montrant un comportement agressif. Durant mon stage en neurochirurgie notamment, je me suis occupée de personnes atteintes d'un traumatisme crânien qui pouvaient exprimer de l'agressivité. De même, lors de mes stages en maison de retraite, je n'étais pas à l'aise, j'avais parfois peur de faire mal et je ne savais pas jusqu'à quel point il fallait cadrer ces personnes. L'équipe de ce service étant très ouverte, m'a donné des pistes, ce qui m'a permis de mieux comprendre le phénomène d'agressivité.

Par conséquent, mes expériences antérieures en tant qu'ASSC et les connaissances acquises pendant ma formation en soins infirmiers m'ont permis de comprendre que l'agressivité dans les milieux de soin est bien réelle, même si elle se révèle à différentes échelles et à différents moments. Ainsi, par cette recherche, j'espère qu'avec ma collègue Johanna, nous pourrons acquérir de nouveaux outils, et une meilleure compréhension de ce phénomène autant pour les personnes atteintes d'un traumatisme crânien que pour le personnel soignant.

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 contentions 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'appétit[4]. 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

[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.

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].

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/Valais[7] 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

[6] Ibid.
[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).

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.

- *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'ASI[8] 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 devront, 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 aux accidents de la route, cause importante de déficits neurologiques.
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 masculin[14].

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'OMS[16] prédit que les accidents de la voie publique gagneront quatre rangs et se placeront en 5ème cause des décès au niveau mondial.

---

[12] 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).

[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).

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 de 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'apprentissages**

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. Loiselle.[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 d'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

De nos jours, l'agressivité et la violence sont des phénomènes de société qui vise tous les milieux, tant privés, et professionnels, que culturels et sociaux. En effet, comme il est dit dans la Revue Médicale Suisse *« Le geste violent peut surgir partout où il existe des êtres humains, puisque nous portons tous en nous les germes de l'agressivité. »*[21]. Néanmoins, à quoi correspond cette violence ? Selon Louis Roure et Philippe Duizabo le terme de violence se définit par *« l'extériorisation de l'état intérieur d'un individu à la suite d'un dysfonctionnement du contrôle émotionnel et du discernement, lié à des difficultés d'adaptation et se traduisant par un comportement agressif, voire dangereux. »*[22]. De ce fait, il est plus facile de comprendre qu'il y a des milieux de soins qui sont plus propices à côtoyer ce genre de comportements.

Par mon expérience d'ASSC et mes stages dans le cadre de ma formation en soins infirmiers, j'ai pu remarquer que les soignants pouvaient rapidement être démunis par la gestion des comportements agressifs. En outre, la Revue Médicale Suisse le souligne : *« Dans les lieux de soins, hôpitaux aigus ou de long séjour, soins à domicile, lieux de vie pour personnes âgées ou institutions pour handicapés mentaux, toutes les manifestations de violence physique, verbale ou non verbale sont répertoriées. Parfois, elles sont dénoncées par les soignants eux-mêmes qui cherchent une solution à une souffrance morale. »*[23].

De ce fait, je peux constater que ce phénomène est une réelle problématique de terrain. Cependant, par des recherches effectuées avec ma collègue Johanna, nous avons pu remarquer qu'il y a de nombreux ouvrages, études

[21] REVUE MÉDICALE SUISSE. *La violence dans les soins : la repérer et la gérer* [en ligne]. Novembre 2006. Adresse URL : http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31746 (consultée le 11 décembre 2010).
[22] ROURE, Louis, DUIZABO, Philippe. *Les comportements violents et dangereux : Aspects criminologiques et psychiatriques.* Paris : Masson, 2003, 248p. (Médecine et psychothérapie). ISBN :2-294-00706-9.
[23] REVUE MÉDICALE SUISSE. *La violence dans les soins : la repérer et la gérer* [en ligne]. Novembre 2006. Adresse URL : http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31746 (consultée le 11 décembre 2010).

et articles désignant l'agressivité rencontré surtout dans les milieux psychiatriques. Il nous a été difficile de trouver des informations concernant d'autres milieux, surtout le domaine qui nous intéresse, autrement dit, la neuroréadaptation chez les personnes souffrant d'un traumatisme crânien. Ainsi, grâce à des entretiens exploratoires effectués avec Johanna au près de l'infirmier-chef de la clinique de réadaptation, l'infirmière-cheffe de l'unité de service, l'infirmière-clinicienne, ainsi que par des lectures exploratoires sur le sujet des TCC et de l'agressivité, nous avons pu constater que ce comportement et sa gestion reste une problématique pour ce milieu.

Il est important de rajouter que la neuroréadaptation au près des patients souffrant d'un TCC a pour but de les aider à réacquérir le maximum d'autonomie, comme le dit Parmentier : *« la rééducation des patients traumatisés crâniens vise à les rendre autonomes : rééducation fonctionnelle, réinsertion sociale, familiale, scolaire et professionnelle »*[24].

Il ne faut pas oublier que pour atteindre les objectifs du patient, plusieurs professionnels collaborent à sa prise en charge, tel qu'un médecin rééducateur, des infirmiers, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des neuropsychologues, etc.

Ainsi, avec ma collègue, nous nous sommes interrogées. Comment une équipe interdisciplinaire arrive-t-elle à gérer ces comportements ? Quels sont leurs stratégies ? Avec quels moyens et ressources arrive-t-elle à y faire face ? Quels sont leurs ressentis ? Quelle place l'agressivité a-t-elle dans leur vie professionnelle et privée ?

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 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'attèlera a interroger des thérapeutes de l'équipe interdisciplinaire et moi-même mènerait les entretiens auprès d'infirmiers.

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

2.2 **Question centrale de recherche et hypothèse**

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

Comment l'infirmière perçoit-elle et gère-t-elle l'agressivité d'un patient souffrant d'un traumatisme crânio-cérébral ?

Hypothèse 1 :

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 subit un TCC
- Identifier les attitudes et les comportements des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire et infirmière dans la gestion d'un client ayant subit 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 au 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 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, ...)[25], et les mécanismes d'inertie (contusions de contrecoup, hématome sous-dural, ...)[26]. 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 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

[25] COHADON, François p.27
[26] Ibid.

les mécanismes d'inertie, créant ce qu'on appelle des lésions de contrecoup[27] ou fractures irradiées[28].

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 multifocales[29]. 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)[30]. 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)[31].

Les lésions entraînées par un traumatisme crânio-cérébral sont nombreuses et évolutives. On dénombre 4 principaux types de lésions initiales[32] :

Les lésions cutanées sont présentes lors de tout traumatisme par impact direct sur la boite 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.

Les lésions osseuses sont présentes dans 80% des traumatismes crânio-cérébraux 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

[27] BERGEO, Catherine, AZOUVI, Philippe et al.]. *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Paris : Editions Frison-Roche, 1995.291p. p.4.
[28] COHADON, François [et al.]. *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion.* 3ème édition. France : ARNETTE, 2008. 446p. p.27.
[29] Ibid. p.17.
[30] Ibid. p.30.
[31] Ibid. p.32.
[32] BERGEO, Catherine, AZOUVI, Philippe et al.]. *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Paris : Editions Frison-Roche, 1995.291p .p.6.

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 méninges[33]. Elles regroupent l'hématome extra-dural (situé entre l'os et la dure mère[34], 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'arachnoïde[35], 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-mère[36]).

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.

De plus, le traumatisme peut entraîner, par des processus physiopathologiques complexes[37], internes et externe aux cellules, la formation d'un œdème cérébral, qui lui-même est source de lésions cérébrales. Comme la boite 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

[33] *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*.2ème édition. Saint-Laurent : Editions du Renouveau Pédagogique Inc, 1993.1014 p. p.402).
[34] *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. p.402).
[35] *Méninge intermédiaire, située entre la dure-mère et la pie-mère*. (Ibid. p.402).
[36] *Seule méninge qui adhère fermement à l'encéphale* (Ibid. p.402.).
[37] COHADON, François [et al.]. *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion.* 3ème édition. France : ARNETTE, 2008. 446p. p.37.

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 cérébral[38] par engagement de temporal ou central[39].

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 boite 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)[40]. 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.

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

[38] *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*.2ème édition. Saint-Laurent : Editions du Renouveau Pédagogique Inc, 1993.1014p).

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

[40] 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.

pose d'un diagnostic et au choix de traitement (chirurgical, médicamenteux).[41]

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, IRM[42],..) 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, ...).[43]

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 corporelle[44].

- **Phase d'éveil [45]:**

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 :

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-

[41] JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1ère édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007.72p. p.15.
[42] Signifie : Imagerie à Résonnance Magnétique
[43] JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1ère édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007.72p. p.15.
[44] 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*. 1ère édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007.72p. p.17.
[45] Les informations de ce chapitre sont tirée 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.

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 »[46], 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 temporo-spatiale 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, mais n'est pas totalement conscient. Dans ce cas, la communication est quasiment impossible. On parle alors d'état végétatif chronique[47].

La prise en charge du patient en soins intensifs est assurée par une équipe médicale et infirmière ainsi que par certains thérapeutes spécialisé tels que des physiothérapeutes ou ergothérapeutes. Dans un premier temps, ils

[46] 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
[47] Ibid.

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)[48].

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)[49]. 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 stimulations[50], par exemple auditives, visuelles ou gustatives,...

3.1.3 Phase de rehabilitation

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 réadapter, en fonction de son handicap, à l'environnement qui l'entoure et qu'il retrouvera une fois sorti de l'hôpital[51]. 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

[48] JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1ère édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007.72p.
[49]. Ibid. p.19.
[50] 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.
[51] Les termes rééducation et réadaptation seront défini dans le concept de Réadaptation.

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 cranio-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.

Tout d'abord, citons quelques conséquences visibles d'un TCC[52] :

- **Les paralysies** : Elles peuvent être molles ou spastiques, la plus fréquente étant l'hémiplégie[53].
- **Les troubles moteurs** : ralentissement des mouvements, pertes de mobilité des membres, mouvements anormaux, parésies[54], …
- **Les troubles de l'équilibre**

[52] Tiré de : JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1ère 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.

[53] 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.

[54] *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.

- **Les troubles de la coordination des mouvements** : ataxie[55], difficulté de saisir un objet, perte de l'habileté, ...
- **Les troubles de la déglutition** : Les trouble 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** : hémianopsie[56], diplopie[57], baisse de l'acuité visuelle
- **Les troubles sensitifs** : hypo, hyper ou anesthésie[58], paresthésie[59],…

L'épilepsie est également une des complications pouvant survenir à la suite d'un TCC. Selon Oppenheim-Gluckman(2007)[60], « *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 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)[61]. 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

[55] *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.
[56] *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.
[57] *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.
[58] *Perte d'un des modes de la sensibilité, ou de la sensibilité d'un organe, ou de la sensibilité générale*. Tiré de : Ibid.
[59] *Trouble de la sensibilité se traduisant par la perception de sensations anormales (fourmillement, picotements, brûlures)*. Tiré de : Ibid.
[60] 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.
[61] JILG, Anja .*Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1ère édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007.72p.

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 cognition[62]. Ceci rend encore plus difficile leur acceptation et donc l'engagement dans le processus de réadaptation.

Parmi les troubles invisibles nous trouvons [63] :

- **Les troubles cognitifs** : troubles de la mémoire, de l'orientation temporo-spatiale, 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, aphasie[64] 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
- **La perte d'automatismes** : apraxie[65]
- **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)[66] « *les céphalées apparaissent souvent au moment où le blessé commence à se lever ; d'abord permanentes, elles tendent ensuite à s'espacer ; elles*

[62] 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.
[63] Tiré de : JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1ère 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.
[64] *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.
[65] *Incapacité d'effectuer des mouvements volontaires adaptés à un but, alors que les fonctions motrices et sensorielles sont normales*. Tiré de : Ibid.
[66] CAMBIER, Jean, MASSON, Maurice, DEHEN, Henri. Abrégé Neurologie. Paris : Masson, 2004. 554 p. ISBN : 2-294-03125-5.

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 douloureuses[67].

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)[68] . 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 des possibilités modifiées, et un handicap permanent* » (p.34)[69]. 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 futur[70]. 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

[67] 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
[68] Ibid. p.142.143.
[69] JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1ère édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007.72p.
[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.143.

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)[71].

En outre, pendant la phase hospitalière, patients et familles s'accrochent à l'espoir de rétablissement des fonctions atteintes[72]. 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. Oppenhein-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)[73].

C'est au fur et à mesure du temps, non sans difficulté, 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 soins 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.

[71] JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1ère édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007.72p.
[72] Ibid. p.33.
[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.

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)[74]. 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 lourd[75].

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 percevant 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*

[74] JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme crânio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1ère édition. Zürich : FRAGILE Suisse, 2007.72p.
[75] Ibid. p.55.

sur le compte de « la mauvaise volonté » et il ne perçoit pas les efforts qu'il fait pour s'adapter » (p.141)[76].

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.

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)[77].

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)[78]. 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.

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

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)[79]. 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

[79] 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 quotidien, comme manger/déglutir, uriner/aller à selle, se lever/marcher, faire sa toilette et communiquer »* (p.21)[80].
Néanmoins, pour Walter Hesbeen, 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. »* [81]

Ensuite, selon la définition de l'OMS 1968[82], le terme « *réadaptation* » désigne : *« l'usage combiné et coordonné de mesures médicales, sociales,*

[80] JILG, Anja. *Vivre avec un traumatisme cranio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1ère édition. Zürich : FRAGILE SUISSE, 2007.72p.
[81] HESBEEN, Walter. *La réadaptation : aider à créer de nouveaux chemins.* Édition Seli Arslan SA, 2001,156p. ISBN : 2-84276-065-4.
[82] 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) [83]. 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 2003[84]. 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)[85] Nous voyons ainsi que ce terme ne s'applique pas à la globalité de la prise en charge, mais bien aux fonctions à proprement dites biologiques. Il est important d'ajouter, qu'il est primordial de

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

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 privé, 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)[86]. 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 »*[87]:

- 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

[86] FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Editions MALLET CONSEIL, 2009. 291p. ISBN : 978-2-9533311-0-3.
[87] 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 exerçants des disciplines bien diverses mais se complétant : Elle se constitue[88] :

- 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 ainsi que ses proches à surmonter les difficultés physiques,

[88] 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*. 1ère 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.

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 qui favorise la marche. 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 y palier.
  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 spatiaux-temporaire et la perception en collaboration avec les neuropsychologues.

- de neuropsychologues qui diagnostiquent les troubles neuropsychologiques, tels que les changements de personnalité, et des 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 **Le 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 : l'infirmière et l'équipe interdisciplinaire confrontés 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 Zaczyk (1998)[89], 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).

[89] 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 rendues 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'étymologie[90] 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)[91] 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*. »[92].

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* »[93]. Selon lui, l'agressivité est considérée

[90] 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.
[91] E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.
[92] 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.
[93] 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.

comme une alliée de l'être humain dans sa lutte contre la soumission et la 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)[94]. 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* »[95]. 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* ».[96] Sigmund Freud et Mélanie Klein confortent cette conception en envisageant

[94] ROY, Callista. *Introduction aux soins infirmiers : le modèle de l'adaptation.* Genève : 1983.495p.
[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.
[96] 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 06.07.10).

l'agressivité comme « *une force endogène « pulsionnelle »* innée ».(Zaczyk, 1998, p.17)[97]

Enfin, comme mentionné précédemment, certains penseurs, notamment les chercheurs en neurobiologie comme Pierre Karli[98], 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), la violence est considérée comme « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré, de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence »*[99]. 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.

[97] 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.
[98] Professeur de neurophysiologie à la faculté de médecine de l'université de Louis-Pasteur de Strasbourg.
[99] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *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 01.07.10)

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)[100]. 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)[101]. 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 extérieur.[102] 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'entraine 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.

[100] E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.
[101] Ibid. p.14.
[102] 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 Zaczyk[103], 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 (Zaczyk, 1998, p.45)[104]. 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)[105]. 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)[106].

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

[103] 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.
[104] Ibid. p.45.
[105] Ibid.
[106] 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)[107].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-mêmes.[108]

Les hormones entrent également en jeux 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 éclairci.[109] De la même manière, l'insuline peut provoquer, par l'hypoglycémie, des troubles du comportement de type agressif. [110] Zaczyck 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'irritabilité[111].

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

[107] 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.
[108] Ibid. p.49.
[109] Ibid. p.51.
[110] ibid. p.51.
[111] 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'excitation[112]. Comme cité par Zaczyk (1998), « *un état d'excitation intermédiaire fournira les conditions optimales pour apprécier les situation et y répondre* » (p.54)[113]. 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 a des comportements réactifs primaires et à des réponses inadaptées, comme l'agression hostile* ». (Zaczyk, 1998, p.54)[114]

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)[115]

[112] Ibid. p.54.
[113] 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.
[114] Ibid. p.54.
[115] Ibid. p. 63.

Agression active	**Agression passive**
• Physique : • Directe : coups et blessures • Indirecte : coups envers un substitut de la victime	• Physique : • Directe : empêcher un comportement • Indirecte : refus de s'engager dans un comportement
• Verbale : • Directe : insultes • Indirecte : médisances	• Verbale : • 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 émotive, l'excitabilité, ou l'intolérance à la frustration* » (Gbézo, 2005, p.16)[116] 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.

[116] 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 infantilisants, 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)[117]. 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 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*

[117] 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.

serait la conséquence d'une frustration des désirs libidinaux » (Zaczyk, 1998, p.27)[118]. A partir de cette théorie, d'autres penseurs se sont forgés leur opinion. À présent on retient que la frustration accroît la probabilité d'apparition d'une réaction agressive[119]. 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) [120], « *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 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.

---

[118] 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.
[119] Ibid. p.30
[120]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 10 juillet 2010).

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'efficience au travail, culpabilité, dépression, angoisse, insatisfaction au travail, stress, en sont quelques exemples[121]

Pour illustrer cela, nous prenons pour base les directives élaborées par le Conseil national des infirmières (CII) de 2007 intitulées : « *Comment affronter la violence au travail* »[122]. 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.
Chaque personne réagit selon plusieurs critères personnels et selon son environnement. Le CII les identifie au nombre de 4 : « *la personnalité, les*

[121] 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).
[122] Ibid.

mécanismes acquis (conscients ou inconscients), l'environnement physique et les attentes de la société (d'un point de vue culturel et professionnel) »[123].
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 nombre de soignants considèrent que les conduites agressives font partie intégrante 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)[124] Une étude réalisée au Canada [125] 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 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*

[123] Ibid.
[124] E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.
[125] 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).

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)[126]

Finalement, après l'agression, plusieurs réactions peuvent également être envisagées par les soignants. Dans son rapport, le CII en dénombre six. Il s'agit de[127] :

- ***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, 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 service 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*

[126] Ibid.
[127] Ibid.

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 sécuritaire.[128]

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 antipsychotiques et les anxiolytiques sont efficaces pour éliminer ou réduire la violence dans ses manifestations aiguës et chroniques* »[129].

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, tendent à faire diminuer l'agressivité d'un patient. Les anticonvulsivants et les neuroleptiques sédatifs sont également utilisés dans ce même but.

[128] 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).

[129] 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.

3.3.10 Principes généraux d'intervention[130]

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 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 Plante[131], 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.

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

- ***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 a effectuer pour favoriser la réussite de l'intervention. Dans un premier temps, il est important d' « *évaluer la sécurité des lieux* » (p.86)[132]. 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. Gbezo 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 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)[133]. Au contraire, une

[132] Ibid. p.86.
[133] E.GBEZO, Bernard. Les soignants face à la violence. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165p. ISBN : 2-85030-808-0.

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 respectées.[134]

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 ICARE[135]a 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)[136]. De même, le programme IPPNA[137] 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)[138]

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 obligations[139], « l'*employeur prend, pour protéger la vie, la santé et l'intégrité personnelle du*

[134] Ibid.
[135] Intervention pour comportement agressifs en résidence/réadaptation.
[136] 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.
[137] Intervention psychologique et physique non abusive.
[138] 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.
[139] 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).

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 travail[140], « *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*»[141]. 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 contraintes, qu'elles soient médicamenteuses ou physique peuvent être utilisées dans certaines situations, mais cela en regard de bases légales et éthiques bien précises.

Pour mieux en comprendre les tenants et les aboutissants en relation avec notre pays, nous allons nous intéresser aux directives médico-éthiques de l'ASSM[142], parues dans le Bulletin des médecins suisses en 2005[143].

---

[140] 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/8/822.11.fr.pdf (consultée le 30 octobre 2010).

[141] 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).

[142] Académie Suisse des Sciences Médicales.

[143] 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)

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)[144]. Celle-ci sépare encore ces mesures en deux autres sous catégories[145] : 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.[146] 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. 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 interdite*»[147], qu'elle soit physique ou chimique. Cependant, il existe des situations pour lesquelles des moyens de contentions peuvent être mis en place exceptionnellement, mais ceci après réflexion du corps médical et dans le seul cas où patient a des risques de mettre en danger sa santé, sa vie et/ou celles des autres.

---

[144] Ibid.
[145] Ibid. p. 2047.
[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 ocotbre 2010). P.2046. p. 2046-2054.
[147] 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).

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'exception[148]. Tout soignant devant prendre la décision d'instaurer des mesures de contrainte devrait se trouver immanquablement 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 proportionnalité[149]. 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 « *être remplacée par des mesures moins radicales* ». La mise en œuvre de mesure de contrainte n'est pas sans répercussion. 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 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)[150]. Il convient d'ajouter que la durée du maintien de la mesure doit être également adaptée aux circonstances et que chaque mesure doit doit être réversible à tout moment.

[148] 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 ocotbre 2010). P.2046.
[149] 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). P.2047.
[150] Ibid.

Selon un second principe de l'ASSM, pour instaurer une mesure de contrainte, tout un processus décisionnel[151] 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'ASSM[152], 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 en incapacité de discernement et que son comportement peut entrainer 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 reliée 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)[153]. Dans le

[151] Ibid. p.2049.
[152] 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). P.2049
[153] Ibid. p.2051.

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)[154]

Enfin, la mise en œuvre elle-même des mesures de contrainte est une démarche claire et précise déterminée par les membres de l'équipe soignante[155]. 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)[156]. 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)[157]. 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 fonction vitales, mais refusé par le patient). Toutefois, il est strictement interdit de s'en servir pour punir ou discipliner le patient[158].

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)[159].

Comme dit précédemment, ces mesures doivent avoir une trace écrite et donc apparaître dans le dossier infirmier et médical du patient avec les

[154] Ibid.
[155] Ibid. p.2052
[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.2052.
[158] Ibid.
[159] Ibid. p.2053

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)[160]

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. Notamment dans le domaine de la psychiatrie et de la gériatrie, où celles-ci sont constamment débattues, un personnel suffisant, formé et connaisseur de ces directives et des bases juridiques est essentiel[161]. 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)[162].

[160] Ibid.
[161] 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 30.10.10). P.2054
[162] Ibid. p.2054.

4. Méthodologie

4.1 Méthode qualitative

Par ce travail, nous nous situons dans une recherche qualitative de type exploratoire. Comme expliqué par Loiselle (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)[163]. De plus, nous réalisons notre étude sous l'aspect phénoménologique. Selon Loiselle (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) [164]. 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 Entretien semi-directif :

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 relances pour enrichir le contenu. Nous avons également posé des questions fermées, tout en demandant aux

[163] 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.
[164] 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 avions 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 relances. 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 grâces aux pré-tests[165]. 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 rendues compte lors de l'analyse des propos recueillis, que certains aspects auraient mérités d'avantage d'approfondissement et d'exemple concret de la part des professionnels. Or dans le feu de l'action, nous ne nous en étions pas aperçues.

[165] Ceux-ci seront décrits dans la section 4.3.1.

Trois facteurs[166] 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.

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

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

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. Ils ont été quelque peu mis mal à l'aise avec certaines de nos questions, car nous entrions 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'entretien[167] 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 photo 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 similaires, mais avec tout de même quelques différences pour qu'elles soient adaptées aux populations que nous interrogions.

4.3.1 Pré-test

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.

[167] Annexe 5.

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 en reformulant certaines qui n'avaient pas étaient 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 débuter 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 du service de neuroréadaptation, hormis un entretien 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 débuter chaque entretien, nous avons proposé de relire la lettre d'information[168]. 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 éclairé[169].

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 à 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 raisonné[170]. 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)[171]. 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 prédéterminés* » (Loiselle, 2007, p.277).

[168] Annexe 1.
[169] Annexe 2.
[170] 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. P.276-277.
[171] Ibid. p.277.

Dans ce but, nous avons collaboré avec l'ICUS[172] du service de neuroréadaptation, à laquelle nous avons transmis les critères de sélection pour notre recherche[173]. 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 infirmière ont été interrogés par moi-même, alors que Johanna a mené les interviews auprès de l'équipe interdisciplinaire.

4.4.2 Les critères de sélection de la population

Comme mentionné ci-dessus, nous avons établi 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.

Le deuxième critère concernait celui des années de pratiques. En effet, il était important 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.

[172] Les abréviations ICUS signifient : Infirmière Cheffe d'Unité de Service.
[173] Ceux-ci sont développés dans la section 4.4.2.

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 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 des thérapeutes de deux disciplines différentes concernant le domaine de l'interdisciplinarité.
Les points de vue des diverses professions questionnées étant pour certaines questions passablement différents, nous sommes rendues 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 tenant et aboutissant 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 nous sommes engagées à mettre en application les principes éthiques suivants, établis par l'ASI[174] : 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 buts de notre étude au moyen d'une lettre d'information[175], pour 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 éclairé[176]. 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 retranscris avec soin pour éviter

[174] 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.
[175] Annexe 1.
[176] Annexe 2.

toute déformation des propos. Nous nous sommes engagées à ne pas induire en erreur ou tromper les personnes que nous avons questionné.

4.5.3 Fidélité

Nous nous sommes engagées à tenir toute promesse faite aux participant. 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 détruit 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 désire. 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 constitue la trame de mon analyse. Ceux-ci sont mis en regard de nos objectifs spécifiques de recherche. Les objectifs de recherches étant commun à ma collègue et moi-même, je tiens à spécifier que mon analyse porte exclusivement sur les propos des infirmiers et non sur ceux des thérapeutes.

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

	La collaboration interdisciplinaire	Identifier les attitudes et les comportements des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire et infirmière dans la gestion d'un client ayant subit un TCC et présentant un comportement agressif et les mettre en commun.
Ressenti des infirmières		Explorer le ressenti des divers acteurs de l'équipe interdisciplinaire et infirmière confrontés à un comportement agressif d'un patient post TCC
Les infirmières et la contention	*Vision des infirmières sur l'aspect légal et éthique* *Perception et ressenti des infirmières face aux mesures de contraintes* *Mise en pratique des mesures de contention*	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 comme voici .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. Pour une question d'anonymat, dans mon analyse, je vais utiliser le terme « infirmier » et non « infirmière ». Puis, nous en feront 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 infirmiers

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 infirmiers 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 subit un TCC ».*

La plupart des infirmiers interviewés ont eu des difficultés à définir l'agressivité. Cependant, ils en ont évoqué plusieurs types. En effet, un des soignants mentionnait : *« tu peux avoir des menaces physiques, et verbales »*, tandis qu'un autre ajoutait : *« il peut y avoir de l'agressivité contre le personnel soignant, c'est-à-dire des gestes agressifs, des paroles agressives, des attitudes qui peuvent nous mettre en danger, mais il peut aussi avoir de l'agressivité retourné contre lui-même ».*
C'est ainsi que j'ai pu constater que les témoignages recueillis rejoignaient la littérature. Comme nous l'avons mentionné dans notre concept d'agressivité[177], Arnlod H. Buss[178] la définit comme active et passive (voir tableau ci-dessous).

[177] Section *: 3.3.5 : Les manifestations de l'agressivité.*
[178] 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.

Aggression active	**Aggression passive**

• Physique :
  • Directe : coups et blessures
  • Indirecte : coups envers un substitut de la victime
	• Physique :
	  • Directe : empêcher un comportement
	  • Indirecte : refus de s'engager dans un comportement

• Verbale :
  • Directe : insultes
  • Indirecte : médisances
	• Verbale :
	  • Directe : refus de parler
	  • Indirecte : refus d'acquiescer

En ce qui concerne la perception de l'agressivité, il est intéressant d'observer que la plupart des participants la trouvent à la fois « normale » et « pathologique ». En effet, comme l'ont évoqué les infirmiers, lorsqu'il y a présence de lésions surtout au niveau de la zone frontale du cerveau, le patient peut avoir des comportements agressifs. De plus, Zaczyk(1998) mentionne que « *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)[179]. En outre, je peux remarquer que les infirmiers ont une très bonne connaissance sur les notions physiopathologiques du TCC.

Toutefois, les soignants ont souvent mentionné la notion du « parcours de vie du patient », autrement dit, en reprenant notre concept, *« les comportements agressifs peuvent être liés à la personnalité-même du sujet, ou à son histoire de vie personnelle»*[180].

En effet, comme l'a expliqué un infirmier, un patient qui souffre d'un TCC et qui avait avant son accident des comportements violents, celui-ci les exacerbera. De plus, les soignants ont mentionné que : *« si le patient avait des antécédents d'agressivité suite à leur genre de vie ou des abus de substances auparavant, il sera, dans la maladie, beaucoup plus agressif ».*

[179] 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.
[180] Section : 3.3.6 L'agressivité dans un service de neuroréhabilitation.

Les infirmiers ont aussi évoqué *« la colère d'avoir eu un accident »,* ou d'avoir été *« […] meurtris dans leur chair »,* ou *« l'intolérance à la frustration »* due aux conséquences des lésions cérébrales. Comme le dit Gbézo (2005), *« Certains traits de personnalité, tels que « l'impulsivité, l'instabilité émotive, l'excitabilité, ou l'intolérance à la frustration peuvent également être générateurs de conduites agressives »* (p.16) [181]*.* En outre, il me semble important de définir « la colère et la frustration » qui ont été souvent abordé par les infirmiers. En premier lieu, il est important d'expliquer le mot « colère », Michelle Larivey (2002) en donne une définition : *« la colère est une émotion simple qui traduit l'insatisfaction. Elle se manifeste à l'égard de ce que nous identifions, à tort ou à raison, comme étant responsable de notre frustration. »* (p.55)[182]*.* De plus, cette auteur explique que la colère *« surgit lorsque l'équilibre est rompu dans un aspect de notre vie. Le déséquilibre prend la forme générale d'une insatisfaction. Celle-ci peut signifier qu'un besoin est insatisfait, qu'un désir n'est pas comblé, qu'une attente est restée sans réponse. ».* En effet, il est facilement compréhensible qu'un patient souffrant d'un TCC exprime de la colère. Car il se trouve dans la maladie, avec différents troubles qui touchent à son indignité et l'empêche de vivre comme avant. De plus, il se trouve dans un environnement inconnu, avec des personnes inconnues. Toutefois la littérature ajoute : «*La colère n'entraine 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)[183].

En second lieu, « la frustration » est définit selon Michelle Larivey (2002) : *« la frustration n'est pas une émotion. C'est un état, tout comme l'insatisfaction en est un. Contrairement à cette dernière qui est relativement neutre (bien qu'elle génère des émotions), la frustration s'accompagne toujours de protestation, car elle va de pair avec un sentiment d'injustice : la personne frustrée à l'impression d'être privée de quelque chose qui lui est*

[181] E.GBEZO, Bernard. *Les soignants face à la violence*. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165 p. ISBN : 2-85030-808-0.
[182] LARIVEY, Michelle. *La puissance des émotions : Comment distinguer les vraies des fausses*. Les éditions de l'homme, 2002. 329 p. ISBN : 2-7619-1702-2.
[183] 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.

dû, ou, au contraire, d'avoir à supporter quelque chose sans l'avoir mérité. La frustration provoque différentes émotions, le plus souvent du mécontentement, de la colère, de la jalousie, et de la tristesse » (p.280). En effet, la frustration est omniprésente dans la vie du patient souffrant d'un TCC. Il doit réapprendre chaque geste petit pas par petit pas, juguler les échecs et les réussites.

Concernant, la fréquence des comportements agressifs, tous les soignants soulignent qu'elle est très variable. D'ailleurs, une de leurs réponses est : *« C'est très difficile. Il y en a très peu, sur, je sais pas, sur cent patients il y en a deux peut-être. C'est peu, c'est vrai que ca surprend beaucoup, […]. C'est ce que j'ai toujours dit, on a plus de chance d'être agresser dehors ».* Cependant, ils ont tous évoqué que les comportements agressifs sont rares, qu'ils ont eu deux à trois événements agressifs qui ont vraiment marqué l'équipe soignante.

Ainsi, je peux constater que les soignants ont une même représentation de l'agressivité, même si chacun utilisent des mots différents. Heureusement, l'agressivité reste quelque chose d'exceptionnel, notamment la violence physique. Toutefois, la violence verbale est beaucoup plus présente, ce qui peut engendrer un état de stress. Par exemple l'un des soignants dit : *« j'ai vite fait abstraction de la violence physique et je l'ai assez bien géré, et la violence verbale au quotidien, c'est vraiment un facteur de stress important, un facteur de tension dans le service ».* Cela me mène à la conclusion que la perception de l'agressivité peut varier d'un individu à l'autre, puisque chaque être humain est unique. Le ressenti sera donc propre à chacun. C'est ainsi, qu'un soignant mentionne: *« quelqu'un peut se sentir agresser par un geste, une parole, tandis qu'une autre personne ne prendra pas ça comme de l'agressivité ».*

5.2.2 Thème 2 : Gestion de l'agressivité par les infirmiers

Pour répondre à mes objectifs[184] de recherche en lien avec ce thème, je me suis intéressée, lors de mes entretiens, aux ressources de l'équipe infirmière, 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 infirmiers
- La collaboration interdisciplinaire

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

En premier lieu, il est impossible aux soignants de pouvoir effectuer tous les soins lorsqu'ils sont confrontés à des patients agressifs. En effet, ceux-ci doivent s'adapter, négocier et calmer le patient. Mais le plus important est, comme le disent les participants : *« de ne pas monter en symétrie ».* En d'autres termes, il s'agit de savoir se retirer quand le patient commence à être verbalement et physiquement agressif dans le but de le laisser se calmer. Néanmoins, si le patient ne se calme pas, les soignants ont la possibilité d'appeler d'autres collègues ou le médecin. Quelques soignants se sont exprimés à ce sujet *: « Tu as la ressource des autres collègues, tu peux essayer d'envoyer un autre collègue. Mais voila de nouveau, si tu insistes trop, tu vas monter en symétrie ». « Alors ça dépend de beaucoup de choses, ça dépend de la façon qu'on va gérer l'agressivité : il y a des gens qui ne peuvent pas la gérer, il y a des infirmiers qui peuvent pas parce que ça leur fait peur, et puis, il y en a d'autres qui ont l'habitude. On est beaucoup dans l'équipe à avoir eu une formation en psychiatrie, ou à avoir travaillé en psychiatrie déjà. Ca c'est primordial »,* et le dernier témoignage

[184] Objectifs : « *Identifier les attitudes et les comportements des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire et infirmière dans la gestion d'un client ayant subit 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* »

« Non c'est impossible, d'effectuer tous les soins. Des fois tu es obligé de te retirer ». J'ai remarqué dans les entretiens, que les infirmiers qui ont eu une formation en psychiatrie, ou ont travaillé dans le domaine de la psychiatrie sont plus apte à gérer l'agressivité. L'auteur Jérome Pedroletti[185] a nommé dans son ouvrage que les six thèmes proposés dans la formation en psychiatrie du canton de Vaud étaient *: « dépendance, pertes et deuils, dépressions, agressivité-violence, maladie dégénératives, psychoses-névroses, et borderline »*. En effet, les infirmiers qui ont eu une formation en psychiatrie ou ont travaillé dans ce domaine, ont acquis de nombreuses clés pour gérer des situations d'agressivité. Toutefois, il est important de mentionner que la formation d'infirmière en soins généraux abordent les thèmes mentionnaient ci-dessus, mais ils ne permettent pas d'acquérir suffisamment de moyens pour gérer ces situations.

En second lieu, j'ai pu constater que les soignants ne cherchent pas la confrontation mais essaient plutôt d'apaiser la situation. En voici, quelques témoignages : *« Jamais de la confrontation, faut éviter au maximum, vraiment. Si on les confronte, on les met en face de leur difficulté, et ce qui fait qu'on va amplifier leur agressivité. Moi ce que je fais souvent c'est d'apaiser les gens ». « J'essaie de l'apaiser, mais ce n'est pas toujours gagné »* et pour finir : *« Personnellement, j'essaie d'apaiser, mais si ça passe pas ou je vois que ça sert a rien, soit, je le laisse tranquille un moment et je reviens, et si je ne peux pas accéder au patient, et que ça se passe pas bien, je fais appel à un autre collègue ».*

Ces propos soulignent l'importance de la capacité à s'adapter. Comme le dit l'un des infirmiers : *« Avec ce type de patient, il faut s'adapter, il faut évoluer avec lui ».* En d'autres termes, les soignants doivent décrypter rapidement les comportements du patient pour éviter de monter en symétrie et pour diminuer les risques d'agression envers le personnel soignant ou envers le patient lui-même.

Dans ce genre de situation, la collaboration entre chaque membre de l'équipe est primordiale. En effet, chaque soignant sait où il peut aller

[185] PEDEOLETTI, Jérome. *La formation des infirmiesr en psychiatrie : histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie, 1961-1996 (ECVIP)*. Genève. Édition Médecine et Hygiène département livre. ISBN : 2-8257-0884-4.

chercher de l'aide. Par exemple, auprès d'infirmiers qui ont travaillé en psychiatrie, ou d'infirmiers formés pour gérer ces situations et qui ont les connaissances et l'expérience pour gérer ce genre de comportement, ou envers les médecins qui sont spécialisés dans la neuroréadaptation ou encore simplement envers les autres collègues du service en discutant et en partageant leurs propres expériences professionnelles.

Après avoir « évité de monter en symétrie », j'ai constaté que les infirmiers organisent assez rapidement des réunions avec les thérapeutes, et le médecin, pour établir un cadre. Celui-ci est instauré dès l'arrivée du patient ou durant le séjour, lorsque le patient présente des troubles du comportement. De plus, il est rassurant pour le patient et pour les soignants. Comme le souligne l'un des soignants : *« le cadre pour moi c'est important, car ça rassure le soignant, et le patient qui est en face de nous »*. Il est important de mentionner que le patient n'a pas souvent conscience qu'il se trouve dans un service de neuroréadaptation. Autrement dit, il n'est pas conscient qu'il doit suivre et respecter des séances de thérapie. Comme l'un des soignants l'explique : *« les patients sont en amnésie post-traumatique, ils sont anosognosiques, c'est-à-dire pas conscient de leurs troubles et en général ils veulent rarement être chez nous ».* Ce cadre permet ainsi d'avoir des horaires stricts et réguliers. Il implique, également, que toutes les personnes gravitant autour du patient se comportent de la même manière pour que celui-ci se sente en sécurité et rassuré.

Cependant, il peut arriver que ce moyen ne suffise pas pour sécuriser la personne. L'équipe de neuroréadaptation sécurise alors l'environnement du patient autrement. Comme le dit la littérature, il est important d' « *évaluer la sécurité des lieux* » (p.86)[186], notamment « *en observant les objets présents pouvant potentiellement être dangereux et servir à l'agresseur comme projectile ou lame coupante, ainsi que la présence d'une sortie accessible, si la situation venait à dégénérer ».*[187] Par exemple, les soignants peuvent mettre en place un système d'anti-errance afin d'empêcher le patient de

[186] E.GBEZO, Bernard. *Les soignants face à la violence*. Rueil-Malmaison, Editions Lamarres, 2005. 165 p. ISBN : 2-85030-808-0.
[187] Section : 3.3.10 Principes généraux d'intervention.

sortir de l'étage et, par conséquent, de diminuer les risques de fugues. Les infirmiers peuvent aussi verrouiller les portes, mettre du mobilier en mousse, un baby-phone, un matelas au sol, ou dans de rare cas, enfermer le patient dans sa chambre. Si le patient a des risques de fugue, le patient sera pris en photo, pour faciliter les recherches. Ces mesures doivent être discutées au préalable avec le médecin. Plusieurs témoignages le soulignent: *« On doit prendre des photos du patient. En général, on doit verrouiller tout les ouvrants, c'est-à-dire les portes, les fenêtres, tout ça, ça doit être fermé. Et ça c'est pareil, ça doit être discuté avec le médecin. Et après, il y a tout ce qui est mobilier. Si on a peur que le patient se blesse, alors on met du mobilier en mousse, matelas au sol. »*. De plus, comme le souligne un infirmier, il est important de s'adapter à la situation, à l'état du patient. En effet, chaque situation est différente, car tout individu et différent. Cependant, cet infirmier a remarqué qu'avec l'expérience, l'équipe soignante arrive plus rapidement à anticiper et gérer ces situations.

Néanmoins, ces moyens ne suivent pas un protocole, comme l'a souligné l'un des soignants : *« […] disons que c'est ce qu'on a, et après on voit en fonction du comportement du patient, si c'est nécessaire ou pas. Et il y a une grande partie de bon sens. Les protocoles, ben on n'est pas en chirurgie ou tu as ça à faire à J-O, malheureusement on travaille vraiment avec des gens qui sont imprévisibles, donc il faut sans arrêt s'adapter, parce que tu ne peux pas planifier tes soins comme ça, tu sais pas du tout de quoi va être fait ta journée, donc voila »*. Ainsi, chaque situation est différente, et demande une adaptation différente.

Je tiens à ajouter qu'un des infirmiers a mis l'accent sur l'importance du comportement du soignant. En effet, ce dernier peut jouer un rôle sur l'agressivité du patient, surtout en ce qui concerne le ton de sa voix. Voici ce qu'il m'a dit : *« […] je pense qu'il y a l'intonation de la voix qui fait beaucoup. Avoir une voix assez neutre, calme, de quelqu'un qui maitrise la situation. […] l'intonation neutre, inconsciemment, ça peut donner confiance au patient dans ce que tu fais, du moins ça ne l'agresse pas. Ça, il faut être vraiment vigilant dans la manière que tu parles, et puis le débit de l'information que tu donnes. Il faut utiliser des phrases assez courtes, pas être trop directif, aller*

vraiment dans le même sens, que le patient comprenne que tu es la pour l'aider et non pas l'empêcher de faire ce qu'il a envie».

Je peux constater que la prise en charge d'un patient avec des troubles du comportement est complexe. En effet, le soignant doit prendre en charge toutes les dimensions qui entourent le malade. Ainsi, la littérature le dit : « *les soignants doivent prendre en compte la personnalité, le traumatisme, la situation, évaluer la personne à risque, sécuriser l'environnement et choisir un mode d'intervention adapté »*[188].

De plus, j'ai pu constater que tous les infirmiers savent intervenir tout en gardant un maximum de sécurité. Ils sont par exemple, conscients qu'ils doivent éviter de se mettre entre un mur et le patient pour avoir toujours une capacité de repli. Ils savent également qu'ils doivent respecter les distances interpersonnelles et qu'ils ne doivent pas être intrusifs dans le monde de leurs clients.

Ensuite, l'ensemble des infirmiers estiment que l'expérience professionnelle et personnelle a une influence sur leur façon de gérer les situations présentant de l'agressivité. Ainsi, chaque soignant met en place ses propres mécanismes de défense. Ceux-ci résultent des leçons tirées d'une agression antérieure, de l'expérience acquise dans des domaines psychiatriques, ou simplement du contact avec des personnes souffrant d'un traumatisme cérébral. En effet, la majorité des soignants souligne qu'il faut une certaine expérience pour prendre en charge ce type de patients. Par exemple, l'un d'eux témoigne : *« Il faut avoir de la souplesse pour éviter de créer des situations conflictuelles, et éviter que le patient monte les tours, et éviter de le mettre en échec. Il faut une certaine habitude pour prendre en charge ce type de patients, je pense que c'est important, l'expérience ».* Entre autres, deux des infirmiers affirment que leurs expériences personnelles leur permettent de relativiser, d'être plus détachés par rapport aux menaces physiques et verbales, et de trouver plus facilement des solutions.

J'ai pu constater que les infirmiers en psychiatrie sont souvent une référence et une aide précieuse pour leurs collègues confrontés à des patients avec

[188] Section : 3.3.10 Principes généraux d'intervention.

des troubles du comportement. C'est pourquoi, la collaboration entre les membres d'une équipe est importante pour l'échange d'informations, de connaissances et de soutien.

Pour conclure, la totalité des infirmiers affirme que la charge de travail a une réelle influence sur la gestion de l'agressivité. En effet, lorsque le personnel est stressé ou épuisé, il y a plus de risques que les soignants soient moins attentifs aux signes annonçant une montée d'agressivité, comme par exemple : une agitation psychomotrice, une diminution de l'attention, des provocations avec les autres clients ou soignants. De plus, la charge de travail se répercute sur les autres soignants. Deux témoignages le démontrent : *« Si on a une grosse charge de travail, oui ça nous limite dans le temps qu'on peut passer avec la personne qui a des troubles d'agressivité »* et : *« Dans les cas extrêmes, c'est un patient-un soignant pour la journée, mais ça veut dire que le reste de la charge de travail est répercuté sur les autres soignants ».*

- *Sous-thème : Collaboration interdisciplinaire*

Maintenant il est important d'évoquer la prise en charge interdisciplinaire et institutionnelle. Selon Berger, l'interdisciplinarité se définit 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* »[189].
De plus, comme mentionné dans notre cadre théorique[190] : *« il nécessite la présence de plusieurs disciplines représentées par des professions différentes »*. Tels que : le médecin rééducateur, les soignants, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les neuropsychologues, les logopédistes et les assistants sociaux[191]. Chaque professionnel à un rôle bien défini pour garantir une prise en charge optimale.

[189] FORMARIER, Monique, JOVIC, Ljiljana. *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Editions MALLET CONSEIL, 2009. 291p. ISBN : 978-2-9533311-0-3. p.194.
[190] Ibid.
[191] Section : 3.2 Concept de réadaptation.

L'agressivité est une entrave à la réadaptation, car *« la finalité étant de permettre à la personne d'être le plus autonome possible dans sa vie privée, sociale et professionnelle »*[192]. En effet, les soignants et les thérapeutes qui se trouvent confrontés à de l'agressivité ont certains moyens pour aider le patient à gérer ce trouble. Des outils, dans l'institution où travaillent nos participants ont été mis en place pour évaluer les troubles du comportement, tels que la feuille des 3C et les colloques des troubles du comportement.

La feuille des 3C est une feuille interne qui permet l'évaluation des comportements problématiques. Les 3C signifient *« Cause, Comportement et Conséquence »*. Cette feuille prend en charge les facteurs qui ont causé l'évènement, la description de l'évènement, et ce qui a été mis en place pendant et après l'évènement. Cette grille est mise en place par les neuropsychologues. Cependant, un des soignants souligne que *« on l'utilise mais ce n'est pas forcément à ca qu'on pense tout de suite, car on remplit d'abord notre suivi infirmier mais on n'y pense pas forcément, […], mais il faudrait l'utiliser plus souvent avant même qu'une situation risque de dégénérer ».*

De plus, après avoir rempli ces feuilles, la majorité des soignants souhaiterait recevoir plus de retours. En effet, les infirmiers la remplissent volontiers, sur ce qui s'est passé, à quel moment, et comment ils ont réagi. Toutefois, cette feuille est plus utilisée par les neuropsychologues. Cependant, l'équipe soignante aimerait avoir un retour de la part de leurs collègues pour que cet outil leur apporte des moyens pour les aider à gérer les situations comportant des troubles du comportement. Un des infirmiers affirme : *« C'est les neuropsychologues qui mettent généralement en route pour des gens qui sont soit agressifs ou autre. Mais cette échelle, elle nous apporte pas beaucoup dans les soins, car on constate, mais à part constater il ne se passe rien ».*

Au regard des éléments susmentionnés, les soignants ont connaissance de cet outil. Néanmoins, le manque de temps, le manque d'habitude ou alors le sentiment d'inutilité face au manque de retours des neuropsychologues

[192] Section : 3.2 Concept de réadaptation.

pourrait expliquer que cette grille est peu utilisée. Etant donnée le manque d'information sur ce sujet, je ne peux pas répondre à cette question, car il y a un manque d'informations à ce sujet.

L'autre outil abordé par les soignants était *« le colloque des troubles du comportement »*. Une définition proposée par un infirmier est : *« c'est le colloque des troubles du comportement qu'on fait 24h après un comportement difficile de la part du patient, et c'est un protocole qui est écrit d'ailleurs, c'est un bel outil qu'on a mis en place ».* Cependant, comme le précédent outil, il n'est pas souvent utilisé au regret des soignants. L'un d'entre eux souligne qu'il est important de se réunir autour d'une table et de pouvoir élaborer le même cadre avec l'ensemble des soignants et thérapeutes, pour que tous gardent une même ligne de conduite avec le patient.

Cependant, je peux constater que la majorité des soignants se plaint qu'il n'y a pas beaucoup d'outils mis à leur disposition pour gérer l'agressivité. D'ailleurs, quelques témoignages l'attestent: *« Moi, je pense qu'on n'a pas beaucoup d'outils pour gérer l'agressivité », « donc non, il y a pas vraiment de protocole mis en place », « il n'y en a pas beaucoup, mais on les utilise pas non plus vraiment ».*

Par conséquent, il me semble important de souligner que la plupart des infirmiers pense que les neuropsychologues, le médecin chef du service et les psychiatres sont des personnes de référence pour gérer l'agressivité. De plus, plusieurs d'entre eux trouvent indispensable d'avoir recours à l'expérience d'infirmiers qui ont eu des formations en psychiatrie. Néanmoins, la plupart affirme que chaque soignant de l'équipe interdisciplinaire a plus ou moins les moyens pour gérer les comportements agressifs.

Pour conclure ce thème, j'ai pu constater que tous les soignants trouvent important et indispensable la collaboration entre les intervenants, surtout en ce qui concerne la participation des neuropsychologues dans la gestion de

l'agressivité. Cependant, j'ai également pu remarquer que l'agressivité reste un sujet délicat. En effet, chaque individu a des représentations différentes de l'agressivité et chacun d'entre eux la gère et la ressent à sa manière. Toutefois, bien que chaque individu soit unique, les soignants veulent adopter une prise en charge adaptée et uniformisée pour chacun de leur patient.

5.2.3 Thème 3 : Ressenti des soignants

Pour répondre à mon objectif: «*Explorer le ressenti des divers infirmiers et l'équipe interdisciplinaire confrontés à 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. En effet, il ne faut pas oublier qu'ils peuvent être touchés physiquement et psychologiquement. De plus, *« 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 victime»*[193].

Chaque soignant réagit différemment à l'agressivité. Pour certains, l'agressivité physique est plus marquante, alors que pour d'autres, c'est l'agressivité verbale. Le témoignage d'un infirmier illustre ce point : *« j'ai vite fait abstraction de la violence physique et je l'ai assez bien gérée, et la violence verbale au quotidien c'est vraiment un facteur de stress important, un facteur de tension dans le service ».* La majorité des infirmiers souligne qu'ils sont plus confrontés à de l'agressivité verbale que physique. Par conséquent, ces d'agressions peuvent amener, comme l'indique le conseil international des infirmiers, à différents problèmes professionnels et personnels, tels que : *« 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'efficience au travail, culpabilité, dépression, angoisse, insatisfaction au travail, stress, … »* [194].

Les témoignages recueillis sont centrés sur les émotions ressenties par les soignants lorsqu'ils étaient confrontés à de l'agressivité. Ainsi, certains affirment ne ressentir ni peur, ni appréhension à prendre en charge ce type

[193] Section : 3.3.7 Les soignants et l'agressivité.
[194] 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).

de patient. Ceci peut s'expliquer par leurs expériences professionnelles et par le fait qu'il ne faut pas communiquer sa peur aux patients, comme l'affirme l'un des soignants : *« Si on a peur, automatiquement le patient le ressent »*.

Cependant, d'autres infirmiers témoignent qu'ils peuvent ressentir de la peur ou de l'appréhension dans certaines situations. Deux d'entre eux, affirment que le taille du patient peut en être la cause: *« la peur, c'est clair que si j'ai quelqu'un de 1m80 en face de moi et qui a envie de taper, je me sens pas forcément très rassuré »*. *« Je suis pas spécialement costaud quand tu as des patients qui font 1m90 et qui sont désinhibés et qui arrivent vers toi, ben tu es pas spécialement rassuré ».*

Plusieurs des infirmiers estiment avoir besoin d'un débriefing après avoir vécu une situation agressive. Ainsi, un des infirmiers confirme qu' : *« au niveau des émotions, il ne faut pas qu'on garde ça à l'intérieur. On est infirmier, c'est normal, mais non je pense qu'au niveau des émotions on ne doit pas garder à l'intérieur, il faut quand même qu'on partage ».* Gbezo(2005) souligne que « *beaucoup de cas d'agressions subies par les soignants sont dissimulés par la peur, peur des représailles, peur de paraître un mauvais professionnel devant ses collègues, peur de ternir l'image de l'établissement* » (p.27)[195].

De plus, les personnes qui ont déjà été victimes d'agression peuvent ressentir de l'appréhension à prendre en charge ce type de patient. Deux infirmiers le témoignent: *« […] on essaie de tirer parti des situations précédentes pour prendre à charge un patient comme ça. On appréhende, oui, quelque part, mais après il faut faire connaissance avec le patient ». « Après on a peut-être de l'appréhension à retourner vers le patient. Mais bon, lui, il a peut-être oublié ou il n'a pas oublié, ça on le sait pas, mais il y a quand même une certaine appréhension. On est dans le ressenti et on y va un petit peu avec des pincettes »*. Cependant, même si un infirmier a été victime d'une agression, aucun ne refuse de prendre en charge ce type de

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

patients. En effet, chaque situation est différente et l'expérience que le personnel soignant acquiert leur permet de trouver des moyens et des stratégies pour limiter les risques d'agression et/ou d'auto-agression.

Par contre, la plupart d'entre eux souligne qu'il est important d'avoir confiance en soi, d'avoir un bon état interne, d'être calme. En effet, la personne soignée va ressentir ce que le soignant éprouve. Les témoignages récoltés le démontrent : *« ben si je me sens en confiance, je vais être beaucoup plus décontracté, j'aurais peut-être plus de facilité à réfléchir, à mettre quelque chose en place que si je suis stressé ou nerveux ». « Ca dépend beaucoup de notre état interne, si je suis plus fatigué, ça fait mon cinquième jour, et c'est cinq heures du soir, et en plus dans le service on a plusieurs personnes qui déambulent, qui sont dans un état de sur-stimulation, ça sera très difficile à gérer pour moi, parce que je vais en plus montrer mon stress à la personne ».*

Par ces témoignages, il devient évident que la majorité des infirmiers connaissent leurs limites. Dès lors, s'ils sont dans un état de peur, de stress, de nervosité ou d'appréhension, ils savent qu'ils peuvent déléguer une part de leur travail à d'autres collègues. En d'autres termes, s'ils ne se sentent pas dans en état de prendre en charge un patient qui présente des troubles du comportement, ils peuvent rapidement être aidés.

Pour conclure ce thème, je tiens à relever que les émotions sont personnelles et qu'elles sont ressenties différemment selon la personnalité, l'histoire de vie et l'état général propres à chacun.

5.2.4 Thème 4 : Les soignants 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 Johanna, 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 thème[196], 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 infirmiers sur l'aspect légal et éthique
- Mise en pratique des mesures de contention
- Perception et ressenti des infirmiers face aux mesures de contraintes

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

Il me semble important maintenant d'aborder la contention chimique et/ou physique qui peut être un moyen de gérer l'agressivité. Tout d'abord, nous nous sommes demandées quelle vision les soignants adoptent à l'égard de la loi, de l'éthique et des droits des patients.

J'ai ainsi constaté que la majorité d'entre eux connaissent l'existence des droits des patients, mais aucun d'entre eux ne savent son contenu exact. De plus, ils savent que la contention est interdite sauf sous ordre médical, et à la suite d'une discussion interdisciplinaire. Ainsi, les droits des patients le mentionne : « *par principe, toute mesure de contrainte à l'égard des patients*

[196] 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.

est interdite»[197]. Cependant, comme mentionné dans notre concept d'agressivité, sous-thème « les mesures de contrainte » : point de vue médico-éthique , *« il existe des situations pour lesquelles des moyens de contentions peuvent être mis en place exceptionnellement, mais ceci après réflexion du corps médical et dans le seul cas où le patient a des risques de mettre en danger sa santé, sa vie et/ou celles des autres ».*

Ensuite, les infirmiers insistent sur le fait que l'institution respecte les droits des patients, la loi et l'éthique, même si ces derniers ne les connaissent pas dans l'exactitude. De plus, les infirmiers relèvent que les mesures de contention sont strictes et exceptionnelles au sein de leur service : *« Ici dans l'institution c'est vraiment un moyen qu'on utilise en cas de dernier recours ». « Pour cet établissement, je ne sais pas si ça correspond à la loi, mais on n'a pas le droit d'attacher un patient, sauf prescription médicale ».*

Pour conclure, j'ai pu remarquer que malgré les connaissances peu approfondies du contenu de la loi, de l'éthique ou du droit des patients, les soignants peuvent compenser avec les connaissances acquises durant leur vie, leur formation et leurs expériences professionnelles. Notamment les valeurs de bien et de mal leur permettent d'entreprendre une prise en charge adéquate et d'éventuelles mesures de contention.

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

Tout d'abord, il me semble important d'aborder plus amplement la question de la contention. En effet, comme nous l'avons mentionné dans notre cadre de référence, il y a d'une part la contention physique/mécanique, et d'autre part chimique/médicamenteuse. La première a pour but « *de définir les restrictions à la liberté de mouvement »*[198]*,* tandis que la deuxième a pour but

[197] 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).
[198] Section : 3.3.12 Les mesures de contrainte : point de vue médico-éthique.

« l'administration forcée d'un médicament »[199] pour diminuer son agitation et/ou son agressivité envers lui-même ou les autres.

Toutefois, il est important de souligner que la majorité des infirmiers affirment que les mesures de contention restent une pratique rare et exceptionnelle. En effet, elles ne sont utilisées que dans des situations où les moyens courants échouent. Ainsi, ces mesures sont mises en place pour garantir la sécurité du client, des autres patients et du personnel soignant. Cependant, comme nous l'avons vu dans les thèmes précédents, la garantie de sécurité d'un patient souffrant d'un traumatisme crânien est assurée par la mise en place de moyens. Ceux-ci ont été détaillés par un de nos participants : *« On va bloquer les portes, fenêtres de sa chambre, pour éviter qu'un accident malheureux se passe. Après, on a des baby-phones dans la chambre, comme ça on peut avoir une écoute de ce qui se passe dans la chambre. Après, il y a le système des badges qu'on leur fait porter autour du cou, des badges de non-errance pour éviter qu'ils quittent l'étage, ça bloque les ascenseurs. On peut fermer la porte de la chambre, tout en discutant avec l'équipe soignante»*. Ces exemples se rapprochent de la méthode de contention physique.

En revanche, en ce qui concerne la contention chimique, cette dernière n'est que très rarement pratiquée. En effet, dès que le patient arrive au service de neuroréadaptation, les médecins enlèvent tous les médicaments de la classe des neuroleptiques. En outre, ces médicaments diminuent la récupération cérébrale. Un infirmier l'explique d'ailleurs très bien : *« Nous, sur l'étage, comme on est en neuroréadaptation, alors il y a une chose qui est claire, les patients qui arrivent chez nous, ils sont dans 90% des cas sous neuroleptiques et benzodiazépines, donc haldol®, risperdal® et ce genre de médicaments. Alors ça, systématiquement, notre médecin chef, il fait sauter ça, parce que les neuroleptiques ils ont en effet délétères sur la neuroplasticité du cerveau. Ce genre de traitement pour la rééducation, c'est une entrave pour faire de nouvelles connexions, pour une récupération, vraiment. Ce sont vraiment des médicaments qui sont délétères. Donc c'est là, le paradoxe. Tu as de la violence, tu as des situations qui peuvent être*

[199] Section : 3.3.12 Les mesures de contrainte : point de vue médico-éthique.

violentes et le seul médicament qui pourrait être utile pour gérer cette violence et ben ils sont nocifs pour le cerveau ». Toutefois, quelques infirmiers insistent sur le fait que, il est parfois difficile pour eux de gérer certaines situations. Ainsi, ils souhaiteraient qu'un traitement médicamenteux soit mis en place plus rapidement. Ils ajoutent à cela que chaque situation est différente et que chaque prise en charge se distingue l'une de l'autre, d'où la difficulté d'avoir des protocoles.

Pour conclure ce sous-thème, je peux constater que les directives en rapport avec les moyens de contention sont claires. Cependant, tout être humain a besoin de se sentir en sécurité. Ainsi, il est normal que certaines personnes éprouvent le besoin d'avoir une discussion approfondie avec le médecin chef et l'équipe interdisciplinaire. Ceci aiderait à une prise en charge immédiate des patients agressifs et garantirait une sécurité optimale pour le patient, ainsi que pour les personnes qui gravitent autour de lui.

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

Il me semble important maintenant d'évoquer la perception et le ressenti des infirmiers, notamment en ce qui concerne les mesures de contention.

Tout d'abord, la majorité des infirmiers définit la contention comme un moyen de sécurité. Ce procédé est mis en place pour garantir la sécurité du patient, mais aussi du soignant. Divers propos illustrent cet élément : *« C'est un moyen physique ou chimique pour garantir la sécurité du patient, mais aussi celle du soignant ». « Pour moi la contention, c'est une sécurité, simplement »*.
Les infirmiers sont donc parfois confrontés à l'obligation d'utiliser des mesures de contention dans le but de garantir leur propre sécurité et celle de leur patient. La moitié d'entre eux voit cette contention comme un acte sécuritaire, tandis que l'autre moitié la perçoit non seulement comme un acte sécuritaire mais aussi comme un acte de soin. L'un des infirmiers l'a justement souligné: *« La sécurité fait partie des soins […] »*.

De plus, quand les infirmiers ont recours à une contention chimique ou physique, quelques participants disent ne pas ressentir de culpabilité. En effet, ces mesures de contrainte sont nécessaires car c'est la sécurité du patient et celle de l'entourage qui priment. Ils soulignent donc qu'ils n'ont pas de problèmes avec cela, même s'ils n'ont aucun plaisir à mettre en œuvre ces moyens. Divers témoignages l'attestent : *« En général, c'est nécessaire donc je le fais, et ca ne me pose aucun problème ». « Il y a pas de culpabilité en tout cas, je vais le faire comme tout autre soin »*.
Toutefois, comme tout être humain, ils ressentent des émotions. Ainsi, certains d'entre eux évoquent de l'impuissance, de l'énervement ou de la tristesse. En effet, l'impuissance réside dans le fait *« que c'est un état désignant l'incapacité ou l'impossibilité d'accomplir des actes ou d'atteindre un objectif »* (Michelle Larivey, 2002, p.287)[200]. De plus, tous ces sentiments que peuvent ressentir les soignants peuvent les mener à douter et à se remettre en question.

La totalité des infirmiers ont ajouté qu'ils étaient beaucoup plus à l'aise dans l'utilisation de contention chimique que physique. En effet, la contention chimique se voit moins, elle est moins agressive et le patient peut continuer de déambuler. Plusieurs propos recueillis illustrent cet aspect : *« Alors je suis plus à l'aise dans la contention médicamenteuse que dans la contention physique […] »*. *« Je pense quand même chimique, dans le sens que la personne peut quand même déambuler, peut quand même faire les actes de la vie quotidienne sans pour autant être complètement entravée et attachée »*

Par conséquent, bien qu'elle soit un élément rarement présent dans cette institution, la contention reste quelque chose de très difficile à gérer pour l'équipe, notamment pour savoir quand et comment il faut l'instaurer.

[200] LARIVEY, Michelle. *La puissance des émotions : Comment distinguer les vraies des fausses*. Les éditions de l'homme, 2002. 329 p. ISBN : 2-7619-1702-2.

5.2.5 Thème 5 : 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* ». En effet, le rôle de la formation dans la gestion de l'agressivité est importante. Cependant, les participants affirment que la formation de base d'infirmier ne permet pas d'être suffisamment préparés pour gérer un comportement agressif. L'un d'entre eux a souligné quand même que les cours de communication sont d'une grande utilité dans la perspective de prendre en charge ce type de patients. Seul un des infirmiers interrogés dit avoir les compétences nécessaires grâce à sa formation d'infirmier en psychiatrie. Ainsi, beaucoup d'infirmiers évoquent l'importance des formations post-grades et des formations continues, en plus de l'expérience acquise au sein d'un tel service.

La plupart des soignants étaient conscients qu'au début de leur formation, ils pouvaient être confrontés à de l'agressivité. Toutefois, certains d'entre eux ne pensaient pas rencontrer de l'agressivité dans ce type de service. Ainsi, un des infirmiers témoigne: *« donc la violence, je savais qu'elle existait, mais je ne pensais pas la trouver dans un service de neuroréadaptation ».* Pour d'autres, les stages leurs ont permis de prendre conscience que certains patients peuvent présenter des comportements agressifs.

De plus, les infirmiers affirment que l'expérience qu'ils ont acquise leur ont permis d'avoir une approche différente de l'agressivité à l'extérieur du service. Deux infirmiers l'expliquent: *« Finalement, les outils qu'on acquiert tout au long de notre vie d'infirmier, c'est aussi des outils qu'on va utiliser à l'extérieur mais ce n'est pas conscient, ça fait partie de nous, quoi » ; « ça aide un peu à contrôler la personne, les personnes, ou soi même »*

De plus, nous avons trouvé intéressant de savoir quelles sont les compétences professionnelles les plus importantes pour les soignants. Une

compétence a été évoquée par la plupart des infirmiers : la communication et le dialogue. Sinon, les compétences énoncées par les infirmiers varient d'un soignant. En voici quelques exemples : self-control, compréhension, capacité de relativiser, garder son sang-froid, s'intéresser aux formations continues, relater les expériences, prendre le temps, faire intervenir l'équipe interdisciplinaire, déléguer, appeler le médecin, écouter, entendre et comprendre. Toutes ces compétences varient, car, chaque individu est unique. Par conséquent, la perception du patient varie selon son histoire de vie, sa personnalité et les priorités du soignant.

5.2.6 Thème 6 : Et après l'agression

Pour finir mon analyse, je vais aborder l'aspect post-situation d'agressivité. Il sera question de transmettre les attentes des professionnels vis-à-vis de leur institution, et leur équipe et de ce qui se fait réellement lorsque ceux-ci ont été confrontés à une agression physique ou verbale.

L'ensemble des infirmiers trouve important qu'un débriefing soit instauré après chaque évènement présentant de la violence et des agressions. En effet, les soignants victimes d'agression ont besoin de parler, d'exprimer ce qu'ils ressentent, et de sentir écouté. Comme le mentionne un infirmier : *« Un débriefing, je pense que c'est la première chose, mettre les gens qui étaient là au moment de l'acte, les mettre autour d'une table qui puissent parler au niveau des émotions ».* Cependant, la plupart d'entre eux relèvent qu'ils sont très bien écoutés par le médecin-chef, et l'infirmière-cheffe. Ceci garanti une bonne dynamique d'équipe.

Bien évidemment, les soignants souhaiteraient que ces évènements ne se reproduisent pas, même s'ils savent que le risque zéro n'existe pas. En effet, les personnes souffrant d'un traumatisme crânien peuvent avoir un comportement imprévisible. De plus, les situations passées ont permis de mettre en place des moyens et des outils efficaces afin de prévenir des récidives et à fin d'augmenter la sécurité du personnel. Un des témoignages le démontre: *« Au niveau médical, on a systématiquement des neuroleptiques de réserve, et puis maintenant, il y a quand même, quand il se passe ce genre d'évènement, il y a une cascade qui se met en place et les gens au niveau pluridisciplinaire, ben on agit beaucoup plus vite je pense. ».*

Comme l'exige la loi, l'institution a l'obligation de garantir la sécurité de ses employés, comme le dit l'Article 328 du code des obligations[201] : « *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* », ainsi que l'Article 6 de la loi sur le travail[202] : « *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* ».
Les soignants trouvent que les moyens mis en place sont efficaces et que l'expérience permet à chacune des parties (institutions-soignants) à trouver des outils et des stratégies pour éviter des situations malheureuses. Néanmoins, quelques soignants pensent que la sécurité peut encore être augmentée. Par exemple, certains infirmiers se demandent si le personnel soignant est suffisant à certaines tranches horaires pour garantir une prise en charge adéquate

En conclusion, les réponses des participants se distinguent les unes des autres, car chaque être humain est unique. Leurs expériences sont différentes et leur besoin de sécurité ne sont pas les mêmes. Peut-être que ceci peut s'expliquer par le genre et la morphologie du soignant.

[201] 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).
[202] 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/8/822.11.fr.pdf (consultée le 30 octobre 2010).

5.3 **Synthèse**

À travers ce Travail de Bachelor, je souhaitais découvrir le vécu de l'infirmière en neuroréadaptation face à l'agressivité d'un patient souffrant d'un TCC, ainsi que la prise en charge mise en place dans de telles situations. Grâce aux données recueillies auprès des infirmières, ainsi que l'analyse et la vérification de mon hypothèse, je peux maintenant répondre à ma question centrale de recherche, soit :

« *Comment l'équipe infirmière perçoit-elle et gère-t-elle l'agressivité d'un patient souffrant d'un traumatisme crânio-cérébral ?* »[203]

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

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

En ce qui concerne l'agressivité en général dans les soins, je peux dire que les infirmières la perçoivent comme négative. De plus, l'équipe infirmière perçoit l'agressivité comme « normale » et « pathologique ». En effet, elle est en lien direct avec les lésions cérébrales. De plus, les infirmières ajoutent qu'elles ont observé les éléments suivants: le parcours de vie, la personnalité du patient, l'abus de substance antérieure, la colère face à l'accident vécu ainsi que l'intolérance à la frustration peuvent être les causes de comportements agressifs chez le client.
Toutefois, les participants ont mentionné que l'agressivité physique dans leur service était présente, mais restait exceptionnelle. Ils sont plus régulièrement

[203] Section : 2.2. : Question centrale de recherche et hypothèse

victimes d'agressivité verbale, qui pour certains peut s'avérer émotionnellement dur à gérer. Cette agressivité verbale au quotidien devient ainsi un facteur de stress et de tension dans le service, ce qui peut entraver la bonne prise en charge des patients.

Objectifs : *Identifier les attitudes et les comportements des infirmières et des différents intervenants de l'équipe interdisciplinaire dans la gestion d'un client ayant subit 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.

Par mon analyse il m'est également possible de répondre à ces objectifs.
Premièrement, dans de telles situations, les infirmières évoquent l'importance d'un comportement adéquat, la primordialité des pouvoirs d'adaptation, de négociation et d'apaisement. De plus, il est important d'éviter de monter en symétrie avec le patient et donc d'essayer de le calmer. Cependant, si les soignants rencontrent des difficultés à gérer la situation, la possibilité de faire appel à un autre collègue ou à la collaboration interdisciplinaire est toujours ouverte. Les éventuelles réunions permettent ainsi la mise en place d'un cadre restrictif. En effet, ce cadre garanti l'application d'une même ligne de conduite de la part de tous les intervenants gravitant autour du patient.

Deuxièmement, il est ressorti que la sécurité du patient et du personnel soignant était primordiale. Comme le mentionne les infirmières, garder un contact visuel avec le patient est important, tout comme d'avoir une sortie accessible. Cependant en dernier recours, si la situation devient ingérable, des moyens de contentions chimique ou physique peuvent être mis en place. En effet, afin de garantir la sécurité du patient, des moyens physiques peuvent être instaurés, tels que : un système anti-errance, le verrouillage des ouvrants, un mobilier en mousse, le matelas au sol, un baby phone etc. En

ce qui concerne la contention chimique, elle est très peu utilisée car elle diminue la récupération cérébrale.
De plus, l'attitude du personnel soignant joue un rôle important. En effet, le ton de la voix, le débit de l'information, la clarté des explications, des phrases courtes et pas trop directives sont les clés d'une prise en charge adéquate. Cette liste non exhaustive est également un moyen pour sécuriser le patient. Bien évidemment, il n'y a aucun protocole pour les patients démontrant de l'agressivité. Les infirmières doivent s'adapter à chaque situation individuellement et en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire et le médecin chef.

Troisièmement, la charge de travail a une réelle influence sur la gestion de l'agressivité. En effet, un patient agressif demande un grand investissement en temps, augmentant ainsi la charge de travail des soignants. La question de certains soignants quant à la suffisance de personnel, notamment dans certaines tranches-horaire précises, trouve ainsi sa justification. Effectivement, le stress et l'épuisement diminuent l'attention des soignants aux signes annonciateurs qui pourraient déboucher sur des comportements agressifs.

Quatrièmement, tous sont d'avis que le médecin chef, les neuropsychologues et les psychiatres sont des personnes de référence pour la gestion de l'agressivité. En plus de l'utilisation d'outils permettant l'évaluation des troubles du comportement, la collaboration interdisciplinaire et interprofessionnelle ainsi que des colloques réguliers aboutissent à l'élaboration d'un cadre référentiel suivi par les collaborateurs. C'est à travers ces éléments que réside la clé d'une prise en charge optimale de l'agressivité chez un patient TCC.

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

Il est ressorti que la formation de base en soins infirmiers 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.
Les infirmières affirment que l'expérience professionnelle ainsi qu'un personnel formé, sont un atout majeur dans la gestion de l'agressivité. En effet, l'expérience professionnelle acquise dans d'autres milieux de soins, le vécu d'agressions antérieures et l'habitude de prise en charge de ces patients, sont des facteurs permettant à l'équipe de trouver des solutions efficaces et garantissent ainsi une meilleure gestion de l'agressivité. Ainsi, il est important que le personnel soignant acquière des compétences dans ce domaine, par le biais de formations continues.

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

J'ai relevé qu'après avoir subi une agression, les infirmières attendent un investissement plus prononcé de leur institution face à la situation vécue. En effet, les soignants évoquent l'importance d'un débriefing lorsque l'équipe a été victime d'agression, afin de préserver une bonne dynamique d'équipe.
Certains ont souligné qu'ils ne se sentaient pas suffisamment écoutés par l'institution. Ils accentuent que les moyens de garantir la sécurité et d'éviter les récidives sont nombreux.
Toutefois, certains d'entre eux sont tout à fait satisfaits du suivi de leur institution.

En ce qui concerne la prise en charge des patients agressifs, les infirmières ont affirmé ne ressentir aucune peur, ou appréhension. En effet, pour garantir une prise en charge optimale il est important que chaque soignante

connaisse ses limites, qu'elle ait confiance en elle et qu'elle soit dans un bon état interne.

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.*

Toutes les infirmières ont relevé qu'elles ne connaissaient pas à la lettre les droits des patients et les règlements éthiques en lien avec les mesures de contention dans leur institution, mais qu'elles en avaient quelques notions. Ainsi, ces notions permettent aux infirmières de respecter les droits et règlements en restant dans la légalité et l'éthique. En effet, la contention n'est utilisée qu'en cas de derniers recours, lorsque que le patient est agressif envers lui-même ou envers les autres. Ainsi, les infirmières ont défini la contention comme un moyen de sécurité utilisée exceptionnellement, quand toutes autres solutions mises en place pour gérer le patient ont échouées.

Toutefois, dans certaines situations les infirmières ne se sentent pas totalement en sécurité, comme par exemple durant la nuit. En effet, elles aimeraient que des traitements médicamenteux soient plus rapidement mis en place chez ce genre de patient. Bien évidemment, elles ont conscience que les traitements qui permettent de diminuer l'agressivité, et l'agitation, ont des conséquences sur la récupération cérébrale.
En ce qui concerne la mise en pratique des mesures de contention, les soignantes évoquent ne pas ressentir de culpabilité. Cependant, elles affirment que chacune d'entre elle se sentent plus à l'aise par l'utilisation de la contention chimique.

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.

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 soignants 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 manière 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 « conseiller » 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 « c*hallenge* ».

- *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 droit 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 mises 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**

Ce thème à pour but de vérifier si l'hypothèse de recherche est validée. Grâce à mon analyse ci-dessus, ainsi que la synthèse comparative des données avec ma collègue Johanna, je peux donc me permette d'affirmer que notre hypothèse est validée.

Celle-ci étant : *« 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. »*[204]

Malgré la validation de l'hypothèse, les infirmières interrogées ont amené par leur témoignage d'autres éléments qui entrent en compte dans la gestion de l'agressivité.
Pour argumenter la validité de mon hypothèse, ainsi que d'amener les éléments émis par les soignantes, je vais décomposer l'hypothèse en plusieurs parties.

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

- Ressenti du soignant

Tout d'abord, il est important d'évoquer que le ressenti du professionnel n'est pas évident à définir. En effet, chaque être humain est unique et chacun aura des réactions, des sentiments et ainsi un ressenti propre à lui-même dans tout type de situation.

De ce fait, je peux affirmer la validité de cette partie de l'hypothèse. En effet, il est ressorti de mon analyse que les émotions et le ressenti ont une réelle influence sur la gestion de l'agressivité. Néanmoins, les infirmiers ont

[204]Section : 2.2 : Question central de recherche et hypothèse

exprimé que l'expérience professionnelle à une place importante pour appréhender et gérer la situation ainsi que les émotions et le ressenti intérieurs. De plus chaque soignant doit être conscient de ses limites personnelles pour être le plus professionnel possible dans la gestion de telles situations.

- Sa formation

Cette partie de l'hypothèse est affirmée, bien que la majorité des soignants interrogés évoquent que la formation de base n'est pas suffisante pour acquérir les outils nécessaires à la gestion de l'agressivité. Cependant, tous admettent qu'il est important de se former soit par des formations internes à l'institution ou par des formations continues ou postgrades, soit par des lectures et des recherches sur le sujet.

Comme mentionné ci-dessus, l'expérience professionnelle joue un rôle non négligeable dans la gestion de l'agressivité. Celle-ci permet d'anticiper, d'appréhender et de donner des clés pour aider les infirmiers, ainsi que les thérapeutes dans la gestion de l'agressivité chez ces patients. De plus, la connaissance physiologique et pathologique du traumatisme crânien cérébrale frontale est primordiale pour comprendre et permettre aux soignants d'être plus attentifs à certains comportements.

- Son apprentissage du cadre légal et éthique

Je peux affirmer cette partie de l'hypothèse. En effet, la majorité des infirmiers ont la connaissance des droits des patients mais tous en ignorent le contenu exact.
Même en ignorant le contenu exact, chaque soignant sait que la contention est interdite et qu'elle ne peut être mise en place que dans des situations exceptionnelles, seulement après discussion interdisciplinaire et sous ordre médical. De plus, le savoir et les connaissances que chaque infirmier détient sur les droits des patients et l'éthique, leur permettent une prise en charge

adéquate dans le respect des textes et dans le respect des principes éthiques.

- Moyens mis à disposition au sein de l'institution

Je peux affirmer que cette dernière partie de l'hypothèse est validée. En effet, la majorité des infirmiers affirment que les moyens mis à disposition de l'institution sont adéquats. Cependant, certains soignants expriment quelques souhaits.

Premièrement, l'équipe infirmière a connaissance des outils leur permettant d'évaluer les situations d'agressivité mis en place par les neuropsychologues. Cependant, ils avouent ne pas les utiliser systématiquement, mais évoquent le souhait d'avoir un retour plus précis de la part de leurs collègues.

Deuxièmement, quelques soignants ont évoqué le souhait de la mise en place d'un débriefing après chaque situation lors de laquelle un soignant a été victime d'agressivité. Ce moyen permettrait ainsi aux soignants de pouvoir exprimer leur ressenti ou leur peur dans cette situation.

Pour finir, chacun d'entre eux a exprimé le souhait de se sentir en sécurité. Malgré qu'elle soit déjà présente, certains d'entre eux évoquent que certaines tranches-horaire souffrent d'une pénurie de personnel assumant la charge de travail. Notons de plus qu'un personnel expérimenté et qualifié est une ressource importante pour gérer de telles situations.

Toutefois nous pensons que dans notre hypothèse, nous avons omis un élément de taille : le patient. Certes, nous pouvons maintenant affirmer que la gestion de situation agressive dépend des quatre éléments cités ci-dessus, mais celle-ci est également directement dépendante du patient. La phase dans laquelle il se trouve, le type d'agressivité qu'il démontre, sa personnalité, son gabarit sont des éléments déterminants. Ils ont été

explorés lors des entretiens et ont été verbalisés par les professionnels, tant infirmiers que neuropsychologues ou physiothérapeutes.

En conclusion, notre hypothèse est validée, mais incomplète. Il est évident 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,..). Toutefois il aurait été tout de même justifié d'insérer le terme de « patient » dans notre hypothèse. En effet qu'elles que soient les interventions ou la façon d'agir choisies, la gestion du patient est indéniablement dépendante du patient lui-même.

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 devions 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 du 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 devions 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 est 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 Bachelor[205] et de ceux que nous avons fixés pour sélectionner notre échantillon, il n'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 trouvions 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

[205] 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.

milieu de la neuroréadaptation, il nous est paru évident de développer 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 rendues compte que notre cadre conceptuel n'était pas complet. Certes, il comprend un grand nombre d'éléments nécessaires ayant 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 intervenant 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 méthodologie[206] 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

[206] Section 4.2 : Technique de récolte de donnée.

confrontés à notre problématique. Cela nous a permis de réajuster notre grille d'entretien à plusieurs reprises et d'en formuler des questions pertinentes. Cette grille nous a permis de suivre une trame tout au long de nos interviews.

Nous avons ensuite pu débuter 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 méthodologie.[207]Nous les avons tous enregistrés sur un dictaphone dans le but de les retranscrire le plus fidèlement possible et nous 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 rendues comptes que nous ne disposions parfois pas de toutes les informations que nous aurions aimées avoir et que certains aspects auraient mérités davantage 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 les questions que nous avions 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

[207] Section 4.5 : Aspects éthiques.

question de recherche, en revenant sur chaque objectif spécifique de recherche. Finalement, nous avons procédé à une mise en commun de nos 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 défini comme : *« la confrontation de plusieurs sources d'information par rapport à un phénomène étudié »*[208]. 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 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* »[209].

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 d'approche du patient, s'ils sont adaptés, peuvent

[208] 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.
[209] Ibid.

être transférables dans des services où l'on peut rencontrer ce type de pathologie ou encore en psychiatrie.

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 méthodologie[210], 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 interrogions 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 on 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.

En outre, 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

[210] Section 4.4.3 : Avantages et limites.

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 entendu 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 conférée 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 du également nous soumettre aux nombreuses exigences de notre formation, à savoir des stages pratiques, des temps d'étude en classe et personnels, et 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 opérer 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 transmis peuvent être considérés comme subjectives car elles sont propres à l'individu lui-même et peuvent donc 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'on 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'avions déjà mentionné. Les portées de cette étude sont limitées car nous ne nous sommes intéressées qu'à l'avis de trois corps de métiers et n'avons pas interrogés 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 ainsi permis de répondre aux quatre objectifs d'apprentissage que nous avions mentionnés à la fin de notre chapitre d'introduction[211].

Tout d'abord, nous avons élaboré notre travail de recherche en suivant étape par étape une méthodologie rigoureuse. En effet, nous nous sommes largement fondées sur la littérature de recherche en science infirmière, ainsi que sur les cours de méthodologie dispensés par plusieurs de nos professeurs.

Ensuite, nous avons construit un cadre théorique relatif à notre problématique, en nous fondant sur une littérature interdisciplinaire. Grâce à celle-ci, nous avons ainsi élargi le champ de connaissances concernant ce sujet.

De plus, nous pouvons affirmer que l'objectif d'une recherche empirique est atteint, notamment grâce aux entretiens semi-directifs effectués ainsi qu'à l'analyse des données recueillies en regard du cadre théorique développé. Ainsi, par notre démarche, nous pensons avoir été des patriciennes réflexives et avoir pu contribuer à la recherche en soins infirmiers.

[211] Section : 1 : Introduction.

Finalement, nous avons analysé d'un point de vue professionnel les données recueillies et les avons confrontées à celles de ma collègue Johanna. Ayant ainsi une vision globale partagée par plusieurs professionnels de la santé, le phénomène de l'agressivité a pu être décrit au plus précis et notre hypothèse de recherche a trouvé une réponse.

7.2 **Bilan méthodologique**

L'élaboration de ce travail m'a amené, pour la première fois, à la réalisation d'une recherche empirique sur une problématique de terrain. En effet, celle-ci m'a permise de mettre en pratique la théorie acquise académiquement. De plus, en collaboration avec Johanna, nous avons élaboré un cadre conceptuel, grâce à des recherches littéraires et informatiques. Ainsi, selon les étapes définies, les entretiens semi-directifs menés ont eu leur lot de difficultés. En effet, étant donné ma jeune expérience dans ce domaine, cadrer et diriger les entretiens ont été un réel challenge.

Sans aucun doute, les recherches effectuées m'ont permis d'élargir mes connaissances professionnelles et académiques. Le travail de sélection de l'information pertinente face à la masse abondante a ainsi développé mon esprit critique et m'a permis de mieux m'affirmer. J'ai ainsi remarqué qu'un suivi minutieux de la méthodologie et une étroite collaboration avec Johanna ont été indispensables à l'élaboration adéquate de ce travail. Toutefois, les difficultés les plus récurrentes ont été la compréhension claire de concepts parfois très abstraits ainsi que leur rédaction.

Au terme de ce travail, j'ai acquis une meilleure aisance rédactionnelle et, de surcroit, je pense avoir développé les compétences relatives à une recherche empirique.

7.3 **Bilan personnel**

Dans un premier temps, voyons ce qui a rendu le choix de notre travail rapide et aisé. En effet avec ma collègue Johanna, nous nous sommes rapidement trouvé un intérêt commun en ce qui concerne le vécu des professionnels de la santé face à l'agressivité et la gestion de celle-ci. Le contexte dans lequel nous avons décidé de réaliser notre étude, a également été rapidement choisi. En effet après discussion avec plusieurs personnes de référence en neuroréadaptation, nous avons pu identifier notre thème comme étant une réelle problématique de terrain, suscitant ainsi l'intérêt d'une nouvelle investigation.

L'organisation des entretiens a également été facilitée par le bon contact établi avec les professionnels du milieu des soins et leur envie d'apporter une contribution à notre travail. La personne de référence collaborant à l'organisation des interviews s'est montrée très présente en se chargeant notamment de solliciter la participation des infirmiers et thérapeutes. Ceci nous a apporté un gain de temps non négligeable. La sympathie des participants et leur investissement personnel nous ont permis de réaliser les entretiens dans de bonnes conditions.

En outre, il est important de souligner que la bonne collaboration avec Johanna a été un atout majeur pour la réalisation de ce travail. Malgré la distance géographique, nous avons entretenu un contact permanent, notamment grâce aux technologies actuelles.
Dans les moments les moins évidents, nous avons toujours pu compter l'une sur l'autre : entente, écoute et soutien furent nos remèdes. Le travail en binôme nous a permis de partager nos connaissances, de confronter nos points de vue et de répondre à certaines de nos questions. En outre, les délais fixés dans notre projet ont toujours parfaitement été respectés.

Dans un dernier temps, je vais revenir sur les principales difficultés auxquelles je me suis confrontée. En effet, ce travail nous a demandé un

grand investissement personnel afin de comprendre dans quelles directions nous diriger à chaque étape et comment les construire.

Le sujet choisi étant très vaste, il nous a été difficile de délimiter le champ d'investigation afin d'éviter la dispersion. Avec l'aide de notre directeur de mémoire, nos idées ont été éclaircies et notre recherche plus clairement limitée. Nous avons par exemple décidé de ne pas prendre en compte la notion de genre.
Comme mentionné précédemment, la rédaction n'a pas été tâche évidente, les notions étant particulièrement complexes. Ce travail m'a ainsi permis d'acquérir une nouvelle expérience rédactionnelle.

Une autre difficulté rencontrée fut la retranscription des entretiens. En effet ils m'ont demandé un important investissement en temps. Ensuite, l'analyse des données recueillies a eu son lot de difficultés. Les éléments pertinents ont été difficiles à dégager et la fidélité aux propos mentionnés par les infirmières demanda un travail minutieux. De plus, ce fut un réel exercice de gestion du temps : stages, cours, projets à réaliser et préparation d'examens durent tenir dans un agenda devenant serré, tout cela dans un contexte de stress et fatigue. Cette période a été difficile pour ma part, le stress, la fatigue, ne m'ont pas aidé à gérer ce passage. Cependant, avec une bonne organisation, et de l'encouragement de ma collègue et mes amis, j'ai pu passer ce moment difficile, mais non sans mal.

7.4 **Bilan professionnel**

Ce travail m'a permis d'identifier une réelle problématique de terrain. Par cette démarche, j'ai pu acquérir un savoir professionnel et personnel qui pourra sans aucun doute être mis en application dans ma pratique future. Ceci ne fut possible que grâce aux interactions et aux propos recueillis par les infirmières, ainsi que les recherches effectuées.

Cette recherche, comme nous l'avons mentionnée dans notre discussion, n'est pas applicable dans son intégralité à d'autres domaines des soins. De

plus, par les témoignages recueillis et les recherches effectuées sur le sujet, certaines notions peuvent être utilisées pour gérer un patient au comportement agressif, comme des techniques d'approche du patient, ou de l'organisation de l'environnement.

Avec Johanna, nous avons constaté que le point essentiel ressortant de cette recherche était celui de la communication interprofessionnelle. En effet, pour gérer un patient souffrant d'un TCC et manifestant des comportements agressifs, les médecins, infirmiers et thérapeutes sont obligés de se réunir pour mettre en place des directives et ainsi obtenir une même ligne de conduite. De plus, une organisation optimale permet d'effectuer une prise en charge adéquate dans le respect des droits du patient, de l'éthique et du règlement institutionnel.
En outre, cette recherche a permis de démontrer l'importance des formations continues, post-grades ou des lectures multiples sur le sujet de l'agressivité et des patients souffrant d'un TCC. En effet, un personnel formé et expérimenté permet une meilleure anticipation et une gestion de l'agressivité optimale.

En conclusion, cette recherche me permet de m'interroger sur les moyens de gérer l'agressivité chez tout type de patient. Ce travail m'a également permis d'acquérir des connaissances sur la gestion de l'agressivité et sur les contentions. De plus, j'ai pris conscience de l'aspect primordial des formations supérieures pour enrichir mon expérience professionnelle, notamment en ce qui concerne l'agressivité. En effet, comme il est mentionné dans les motivations et la problématique, l'agressivité est présente dans presque tous les milieux de soins.

" Le savoir que l'on ne complète pas chaque jour diminue tous les jours. "

Proverbe Chinois

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.* 3ème 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 cranio-cérébral. Guide pour les personnes atteintes et leurs proches*. 1ère 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.

LARIVEY, Michelle. *La puissance des émotions : Comment distinguer les vraies des fausses*. Les éditions de l'homme, 2002. 329 p. ISBN: 2-7619-1702-2.

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*.2ème 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.

MORIN, Yves [et al.]. *Larousse médical.* Paris : édition Larousse, 2005, 1219p. ISBN : 2-03-560265-3.

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.

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.

PEDEOLETTI, Jérome. *La formation des infirmiesr en psychiatrie : histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie, 1961-1996 (ECVIP)*. Genève. Édition Médecine et Hygiène département livre. ISBN : 2-8257-0884-4.

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**

SCHOEPF, C. *Entretiens et recherches en soins infirmiers.* Cours du module 2808. Travail de Bachelor – Elaboration du projet. Filière soins infirmiers : Sion, février 2010.

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.

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).

REVUE MÉDICALE SUISSE. *La violence dans les soins : la repérer et la gérer* [en ligne]. Novembre 2006. Adresse URL :
http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31746 (consultée le 11 décembre 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/cgibin/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 10 juillet 2010).

LUTUMBA NTETU, Antoine [et.al]. Les agressions en milieu psychiatrique. Vécu et perceptions des intervenants du Pavillion 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 30.10.10).

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 Florence Avanthay, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis

Information destinée aux personnes participant à l'étude[212]

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.
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

[212] Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

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.

Florence Avanthay

Contacts:

Florence Avanthay, 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 Florence Avanthay, 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'étude[213]

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.

[213] 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 :

Florence Avanthay, étudiante HES-SO// Valais Wallis.
Bernard Kamerzin, Directeur du Travail de Bachelor, à la HES-SO Valais Wallis

Annexe 3: Référentiel des compétences 3ème 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 [redacted]

Nom du patient : Date : Contexte[1] :

	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 annexe
[3] 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 subit un TCC	- Quelle est votre représentation de l'agressivité ? Que signifie pour vous le terme agressivité ?	- 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 subit un TCC et présentant un comportement agressif et les mettre en commun.	- Pouvez-vous effectuer tous les soins si le patient présente un comportement agressif ?	
	- Quelles réactions et quels comportements adoptez-vous face à un patient TCC que vous avez en charge qui démontre de l'agressivité ?	- Quelles sont vos réactions face à un patient agressif ? (apaisement, confrontation, évitement,..) - Par quels moyens essayez-vous de gérer la situation ?

		- 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.	- Que ressentez-vous dans de telles situations ? Pouvez-nommez vos émotions (peur, colère, incompréhension…)	- 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.
Identifier les connaissances de l'infirmière 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	- Connaissez-vous le contenu de la loi concernant le droit des patients du canton du Valais ? (notamment en ce qui concerne les mesures de contention)	- L'utilisez-vous comme référence dans votre pratique ? Comment concrètement ? - Pensez-vous que dans l'institution dans laquelle vous travaillez, les moyens employés pour gérer l'agressivité respectent les principes

l'institution.		éthiques et les droits des patients ? et pourquoi ?
	- Que représente pour vous « la contention » ?	- 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.
	- Que ressentez-vous lorsque vous mettez en œuvre des moyens de contention ?	- Ethiquement vous sentez-vous plus à l'aise dans l'utilisation de contentions chimiques ou physiques ?
	- Connaissez-vous les règlements propres à votre institution concernant les mesures de contraintes ? Quels sont-ils ?	- 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.	- Pensez-vous que la formation que vous avez eue vous prépare-t-elle à gérer un comportement agressif ?	- 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 ?
	- Quelles compétences professionnelles vous permettent de prendre en charge un patient agressif ?	- 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 patient 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 l'agressivité.	- Quels outils/moyens et directives vous apporte votre institution pour évaluer et gérer ce genre de situation ?	- Existe-t-il dans votre institution une grille d'évaluation du degré d'agressivité potentiel du patient à laquelle vous pouvez vous référer dans votre pratique ? - 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 ?

	- Quelles attentes avez-vous auprès de l'institution à la suite d'une agression ?	- 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,..)
- **(Genre)** - **Quelle est votre profession ?** - **Années de pratique ?** - **Cursus ?** - **Caractère ?** - **Avez-vous choisi de travailler dans cette unité ? Pourquoi**		