



IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69/22.48.41. - www.iepscf-tournai.be

École d'Enseignement et de Promotion sociale

De la Communauté Française

Rue Saint-Brice, 53

7500 Tournai

Enseignement secondaire supérieur de transition

Section : Aide-soignant

*En tant qu'aide-soignant(e), comment réagir face à l'agressivité
d'un soigné tout en évitant la maltraitance lors de nos soins ?*

Présenté par Defossé Thaïs

En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignant

Remerciements

Je remercie mes professeurs qui m'ont aidé à effectuer ce travail durant cette année un peu spéciale. Non seulement pour leurs compétences, mais surtout pour leur disponibilité, leurs conseils et leurs corrections tout au long de mes recherches et de mes stages.

Madame Père, Madame Defraeye, Monsieur Vantomme, Monsieur Pape ainsi que Madame Stalaert qui m'ont écoutée et encouragée dans tous ces moments de doutes.

Je remercie l'ensemble des professionnels rencontrés pendant mes stages. Ils m'ont conseillée, donné de leur temps, et j'ai énormément appris. C'est grâce à leur bienveillance que j'ai pu découvrir, évoluer et apprendre ce métier.

Je remercie aussi tous les patients dont je me suis occupée durant mes stages. C'est, aussi, eux qui m'ont donné l'envie d'avancer et l'envie d'obtenir le diplôme d'aide-soignante.

Enfin, je n'oublie pas mes amis, mes proches qui ont supporté mes sautes d'humeur, avec qui j'ai partagé des moments difficiles mais enrichissants. Ils m'ont transmis leurs connaissances tout au long de ce travail.

J'ai progressé constamment, dans bien des domaines, grâce à tous

Table des matières

Introduction	Pages 2
I. ... Partie contextuelle	Pages 4
1. Comment définir la relation soignant-soigné ?	Pages 5
2. Quelles sont les différentes formes que peut avoir cette relation ?	Pages 6
3. Quand sommes-nous un soignant ?	Pages 9
4. Qui sont les soignants ?	Pages 11
5. Quand sommes-nous un soigné ?	Pages 14
6. Que signifie prendre soin ?	Pages 15
7. Qu'est-ce que la communication ?	Pages 16
8. Qu'est-ce qu'une mauvaise relation ?	Pages 20
9. Qu'est-ce qu'un conflit ?	Pages 22
II. ... Partie conceptuelle	Pages 26
<u>Concepts d'agressivité</u>	Pages 27
1. Comment la définir ?	Pages 27
2. Quelles sont différentes formes d'agressivité ?	Pages 28
3. Quelles sont les causes ?	Pages 29
4. Quelles sont les conséquences ?	Pages 30
<u>Concepts de violence</u>	Pages 31
1. Comment la définir ?	Pages 31
2. Quelles sont les différentes formes de violence ?	Pages 33
3. Quelles sont les causes ?	Pages 34
4. Quelles sont les conséquences ?	Pages 35

III. .. Partie pratique	Pages 37
1. Quel est notre rôle, en tant qu'aide-soignant, pour effectuer un soin ?	Pages 38
2. Quel est notre rôle, en tant qu'aide-soignant, pour effectuer un soin avec une personne qui est susceptible d'être agressif ?	Pages 40
3. Quel est notre rôle, en tant qu'aide-soignant, contre l'agressivité d'un soigné ?	Pages 43
4. Quel est notre rôle, en tant qu'aide-soignant, contre la violence d'un soigné ?	Pages 43
5. Quel rôle ont l'équipe et l'institution sur cette problématique ?	Pages 48
6. Quel est notre rôle, en tant qu'aide-soignant, pour prévenir un conflit ?	Pages 50
Conclusion	Pages 52
Annexe	Pages 55
Bibliographie	Pages 67

Introduction

Ma problématique est « en tant qu'aide-soignant(e), comment réagir face à l'agressivité d'un soigné tout en évitant la maltraitance lors de nos soins ? »

J'ai choisi cette problématique car durant mon stage d'insertion en maison de repos, j'ai observé une scène qui m'a choquée. Dans l'incompréhension, j'ai pu constater qu'une aide-soignante avec qui je travaillais en binôme, ce jour-là, a eu une réaction assez violente auprès d'un soigné qui a été lui-même violent juste avant.

En couchant madame X, celle-ci, étant confuse, commença à s'agiter fortement en portant des coups de pieds vers l'aide-soignante. La manipulation fut très compliquée lors du change, ce qui provoqua un énervement auprès de l'aide-soignante. Sa réaction fut de jeter brusquement et à plusieurs reprises les jambes de la personne âgée à l'opposé d'elle-même. L'aide-soignante, épuisée et énervée, s'est retirée et j'ai fini la prise en charge de madame X. La soignée, perturbée elle aussi par la réaction du professionnel, s'est excusée à plusieurs reprises pour son geste.

Dans le cadre de notre profession de soin, en tant que soignant, nous sommes souvent confrontés à l'agressivité des soignés. Ceux-ci pour de nombreuses raisons, peuvent avoir une réaction violente envers nous. Nous pouvons donc entendre que lorsqu'un patient a une réponse agressive, il y a eu échec dans la prise en charge, échec dans l'écoute des besoins, dans la communication et dans les attentes du soigné. Le soigné n'a pas réussi à exprimer ses difficultés, sa détresse autrement que par la voie de l'agressivité voire de la violence. Cette réponse est souvent difficile à comprendre pour nous, étant donné que nous cherchons toujours à faire pour le mieux. Mais, quelquefois, le soignant peut réagir de façon négative en retour. De ce fait, la relation soignant-soigné sera compliquée pour la suite. Il leur faut donc comprendre le comportement du soigné bien qu'il ne le comprenne pas lui-même. Mais aussi, pour quelle(s) raison(s) nous pouvons avoir un comportement défavorable en retour. J'ai trouvé intéressant de pousser plus loin mon questionnement sur le sujet.

Le développement de cette épreuve intégrée est composé de plusieurs parties. Pour commencer, la partie contextuelle, où nous répondrons aux interrogations. Par la suite, la partie conceptuelle, où nous développerons nos recherches sur le problème. Ensuite, je passerai à

la partie pratique, qui est consacrée aux différentes solutions pour répondre à la problématique : << En tant qu'aide-soignant(e), comment réagir face à l'agressivité d'un soigné tout en évitant la maltraitance lors de nos soins ?>>.

Pour finir, je terminerai cette épreuve intégrée par ma conclusion.

I. Partie contextuelle

En rapport à ma problématique, je vais vous présenter la relation soignant-soigné.

1. Comment définir la relation soignant-soigné ?

Le terme « relation » vient étymologiquement du latin « *relatio* »¹.

La relation soignant/soigné est un lien bilatéral asymétrique entre le soignant et la personne soigné.

Nous allons détailler cette définition. La relation est le lien que nous avons avec le soigné et « bilatérale » signifie le rapport mutuel entre nous et le soigné. Un rapport mutuel c'est bien évidemment un rapport réciproque et/ou partagé. Ensuite, dans notre définition, nous avons pu apercevoir le mot « asymétrique » et celui-ci désigne que le statut que nous avons par rapport au soigné est différent. C'est-à-dire, nous, soignant, nous avons des connaissances et nous savons aidé le patient alors que le patient n'a pas forcément nos connaissances et a besoin d'aide. Nous, nous sommes les personnes qui délivrent des soins préventifs, curatifs, palliatifs alors que le soigné bénéficie de ces soins pour nous-même, les soignants.

Comment nous l'avons compris, la relation se définit comme le rapport qui lie les personnes entre elles. Il existe un émetteur et un récepteur. La communication entre nous-mêmes et les patients est parfois difficile à cause de certains facteurs.

Quelques repères peuvent baliser les échanges et faciliter la transmission d'informations.

Par exemple, nous nous renseignons auprès de l'infirmière afin de connaître les habitudes de vie de la personne comme par exemple, si nous pouvons ouvrir les rideaux, si la personne est sourde d'une oreille, si elle est plutôt frileuse, ainsi que le déroulement de la journée de la personne pour ne pas frustrer son rythme et ses habitudes de vie. Toutes ces informations permettront d'avoir une communication et une prise en charge avec plus d'aisance, tout en étant appropriée.

La redondance sera privilégiée, ainsi que des temps réservés aux questions éventuelles du patient. La redondance correspondant au fait de répéter plusieurs fois la même chose de façon différente sans que cela soit nécessaire.

¹ Qui signifie « rapport ».

Une règle importante consiste à vérifier que la personne soignée nous a bien comprise. La reformulation doit être simple et adaptée. Témoigner son empathie consiste à faire preuve de reconnaissance et de compréhension des sentiments et des émotions d'un autre individu, établir un lien, une sorte d'alliance, un contexte relationnel de qualité seront également indispensables. Nous devons prendre le temps d'expliquer mais surtout de vérifier ce que le patient a compris. Il s'agit en outre de déceler ses réticences, c'est-à-dire de déceler une chose non dite ou que celui-ci n'ose pas dire, mais aussi d'évaluer ses éventuelles difficultés d'adhésion aux soins. L'adhésion est le fait de donner son accord aux soins qu'il doit recevoir.

Nous jouons un rôle très important. Faciliter et permettre l'expression des émotions, accepter et reconnaître la tristesse ou la colère éventuelle du patient, son sentiment d'impuissance, être disponible pour lui, seront autant d'éléments permettant une communication harmonieuse et efficace. Le silence sera accueilli et respecté. Il favorisera sans doute l'expression du ressenti.

Pour finir, il y a les stratégies de communication. Quelques techniques simples en matière de communication peuvent grandement faciliter les choses : utiliser des questions ouvertes, clarifier ce qu'on ne comprend pas, éviter les questions multiples ou suggestives², pratiquer l'écoute active, reformuler ou clarifier les propos du patient pour vérifier sa compréhension. La qualité du soin dépend de celle de la relation nouée entre nous-même et le soigné, c'est pourquoi celle-ci doit retenir toute notre attention.

2. Quelles sont les différentes formes que peut avoir cette relation ?

Il existe 7 formes de relations de soins. Premièrement, il y a la relation de soins. Faire des soins, c'est effectuer des actes techniques mettant en œuvre des procédures spécifiques alliant science et technologie, qui font appel à un savoir-faire nécessitant le plus souvent l'utilisation de matériel approprié. Ces soins techniques nécessitent de la part du soignant dextérité, habileté, maîtrise et connaissance impliquant directement sa responsabilité.

Cette relation peut être la source d'informations importantes données par le patient, mais le plus important est le soin technique. Cette relation est la plus fréquente dans un milieu hospitalier. Le patient ou la famille vont créer beaucoup d'échanges avec nous-mêmes. Cependant, nous avons plus en plus de tâches et vu que nous sommes plus centrés sur l'activité

²Ce sont des questions désagréables, repoussantes.

en cours, nous ne pouvons pas être simultanément disponibles et réceptifs psychologiquement. La répartition du travail dans les équipes de soins va beaucoup jouer sur la qualité des relations soignant-soigné.

La relation d'aide psychologique va s'appuyer sur l'empathie et la confiance. Elle a pour but d'aider un patient (et/ou une famille) à gérer une situation dramatique pour lui. Comme l'annonce d'une fin de vie, la perte d'un être cher, d'une souffrance, d'un diagnostic difficile, d'une maladie chronique, d'un accident, d'une souffrance du passé, Cette relation ne vise pas que les victimes mais aussi les personnes proches, les témoins, ... Si nous ne pouvons pas tous pratiquer la relation d'aide auprès d'un patient, nous devons, cependant, être en mesure d'évaluer l'état psychologique du patient et de faire appel à un professionnel plus apte à aider le patient comme un psychiatre, un psychologue ou un infirmier. Si nous ne pouvons pas pratiquer la relation d'aide auprès d'un patient, nous devons, cependant, être en mesure d'évaluer son état psychologique, de se mobiliser et de se retourner vers les infirmiers(e)s. Un patient qui a établi une relation de confiance avec un soignant sera plus apte à parler de sujets délicats et se laisser aider.

La relation d'empathie est la reconnaissance et la compréhension des sentiments et des émotions de l'autre. Elle ne se limite qu'à l'expression verbale, elle va se porter aussi sur les comportements. Les personnes reçoivent et émettent des messages soit à l'aide du cognitif, soit à l'aide du comportement. C'est une attitude active et nous devons être capable de bien s'exprimer avec notre interlocuteur pour créer une relation de confiance, ce qui n'est pas forcément simple. L'empathie est le support de la relation soignant-soigné. Elle va nous permettre de récolter des données, d'évaluer les besoins et ressources du patient et de sa famille, d'élaborer une démarche clinique et une prise de décisions de soins avec le soigné. L'empathie va également nous aider à la gestion de nos émotions et des problèmes sociaux du patient.

La relation éducative est une mise en œuvre lorsque le patient doit changer ses habitudes de vie pour des raisons de santé ou/et de mise en danger. Cela peut être provoqué par plusieurs facteurs comme le changement du régime alimentaire et du rythme de vie. Cela peut être utilisé quand le patient doit subir un sevrage comme pour la drogue, l'alcool, tabac... ou s'il doit pratiquer des soins sur lui-même comme un sondage, une injection, nouvelles pathologies en

cours de traitements... Cette relation comporte à la fois une approche psychologique qui repose sur la connaissance de son entourage et de la personne comme ses capacités, ses besoins, représentations, affections, ... mais aussi une approche cognitive c'est à dire ce que la personne doit connaître et si besoin mémoriser et une approche technique donc connaître les gestes techniques et l'habileté manuelle de la personne. Ce n'est pas seulement un transfert de savoir du soignant envers le soigné mais c'est aussi un accompagnement psychologique et un soutien que nous devons apporter afin que le soigné suive et effectue correctement nos conseils.

La relation de soutien social est plutôt une relation famille, entourage-patient. Notre rôle se situe à l'interface entre le soigné et sa famille. Nous pouvons apporter un soutien direct au patient mais nous pouvons aussi apporter notre soutien à la famille épuisée par notre activité de soin et de soutien auprès d'une personne atteinte d'une pathologie, d'un handicap, d'une démence... En fonction du soigné, de sa situation personnelle et de sa pathologie, nous pouvons être sollicités pour une brève période, ou au contraire pour un temps très long par notre rôle de relais.

Le counseling, est considéré comme une méthode de soutien. Son objectif est de faciliter la vie du sujet tout en respectant ses valeurs, ses ressources personnelles et sa capacité de décision. Ce sont des entretiens qui permettent d'aider le patient à évoquer ses difficultés, à ramener son angoisse à des propositions plus contrôlables, à prendre ses décisions à lui et à faire l'exploration de ses réactions.

La relation thérapeutique est utilisée auprès de patients souffrants de pathologies mentales ou de conduites addictives. Elle est utilisée sous prescription médicale dans un projet de soins thérapeutiques. Elle a donc pour but de soigner le patient. Nous devons avoir reçu une formation adéquate.

Maintenant, je vais vous présenter le soignant.

3.Quand sommes-nous un soignant ?

Le terme « soignant » vient du verbe « soigner » qui étymologiquement vient du latin « *soniare*³ »

Nous sommes répartis en 3 catégories de professionnels. Il y a les médecins, les sages-femmes, chirurgien-dentiste ou odontologiste qui font partie des professions médicales. Ensuite, il y a les pharmaciens, les préparateurs en pharmacie et préparateur en pharmacie hospitalière qui sont des professions de la pharmacie. Enfin, il y a les auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires comme les infirmiers, les aides-soignants, les orthophonistes, les prothésistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les opticiens-lunetiers, ...

Un soignant c'est une personne qui en soigne une autre et qui lui donne des soins quelconques en respectant nos limites déléguées par l'infirmière. Notre rôle principal est d'observer et d'aider les personnes soignées qui sont incapables de satisfaire les 14 besoins de Virginia Henderson ainsi que l'environnement de la personne soignée. Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson sont une liste ordonnée de concepts qui définissent l'autonomie des individus sur les plans psychiques, psychologiques et sociaux.⁴

En tant que soignant, nous avons des devoirs. L'un de ces principaux devoirs est envers le patient. Ce devoir est le respect en toute circonstance, l'accueil chaleureux et attentif, informer celui-ci des emplacements des locaux, des horaires, des habitudes souhaitées et non souhaitées, de la ou les personnes ressources en cas de problèmes, ... Nous avons le devoir d'instaurer une relation de confiance entre nous-même et le patient, le devoir aussi de ne pas faire de promesses que l'on ne pourra pas tenir au patient et ainsi de le rassurer. Nous avons également des devoirs envers la famille du patient comme l'accueil, la chaleur, la compréhension, l'écoute du vécu et de ses demandes, la disponibilité et la discrétion... face aux sentiments de la famille. Si celle-ci a des questions précises sur l'état de santé du patient, Nous allons orienter la famille vers l'infirmier ou le médecin. Nous avons aussi des devoirs envers le médecin comme la collaboration, la transmission des observations. Nous n'aurons pas de jugement sur le traitement mais nous devons signaler les réactions anormales à celui-ci. Nous avons des devoirs envers les patients en fin de vie comme l'isolement du patient pour son confort et celui de la

³ Qui signifie « s'occuper de ».

⁴ Voir annexes.

famille, passer au chevet de celui-ci, le réconforter, surveiller ses gestes et paroles et ne pas oublier d'informer sur l'état du patient. Nous avons des devoirs envers nos collègues comme avoir le même objectif, c'est-à-dire le confort et le bien-être du patient, la collaboration, l'entente, la ponctualité, la discrétion, ... Les premières personnes à ressentir le malaise sont les patients ! Enfin, nous avons aussi des devoirs envers l'employé comme la réciprocité dans les obligations, un comportement adéquat, le respect du temps de travail et des pauses, la ponctualité, le respect du matériel et des locaux, le respect de la renommée et de l'institution, et la présence au travail en bonne condition physique et morale.

En tant qu'aide-soignant, nous avons besoin d'avoir des qualités physiques, intellectuelles et morales. Premièrement, avoir des qualités physiques va nous permettre d'être robuste et avoir assez de force pour porter ou effectuer des soins sur des personnes à mobilités réduite, par exemple. Durant notre parcours d'apprentissage du métier, il est essentiel que nous ayons eu une formation à la manutention pour éviter de blesser le soigné ainsi que nous-mêmes. Il ne faut pas négliger son hygiène de vie car avoir une hygiène de vie rigoureuse va nous permettre d'éviter certaines souffrances. Chacun a son remède ! Enfin, il ne faut pas oublier de conserver sa stabilité physique quelle que soit notre fatigue nerveuse. Deuxièmement, avoir des qualités intellectuelles va nous permettre de se perfectionner, de se raisonner et de prendre des responsabilités face aux diverses situations. Les sciences et les techniques évoluent et il nous faudra donc augmenter nos connaissances au fil du temps. Enfin, avoir des qualités morales va nous permettre de respecter l'autre, d'avoir de la patience, d'avoir de la tolérance, d'avoir de la motivation, d'avoir le sens des responsabilités, d'avoir l'esprit d'observation, d'avoir l'esprit de discipline, d'avoir de la maîtrise de soin et enfin d'avoir l'esprit d'équipe.

Nos objectifs en tant qu'aide-soignant sont le rétablissement, l'amélioration ou le maintien de la santé et du bien-être des personnes. Nous nous chargeons des soins d'hygiène et contribuons aux soins infirmiers et psychosociaux. Nous nous occupons de l'administration des médicaments, de la pose et de l'entretien de prothèses ou de bas de contention⁵, des soins de bouche, des

⁵ Les bas de contention sont conseillés aux personnes souffrant d'insuffisance veineuse et de varices. Ils permettent de soulager les douleurs et lourdeurs des jambes et préviennent également les risques de thrombose veineuse et de phlébite.

pesées ; nous effectuons la surveillance des sondes et mesurons certains paramètres tels que la tension artérielle⁶, la température⁷, la glycémie⁸, etc.

Nous assurons également le service des repas comme la préparation des chariots, aide à l'alimentation et à l'hydratation par voie orale, observation d'éventuels troubles de l'alimentation. Contact privilégié et de première ligne, nous assurons l'interface entre le patient, son entourage et l'équipe médicale. Nous avons donc souvent un rôle de soutien moral auprès de la personne malade et de sa famille, notamment dans le cadre de soins palliatifs. Enfin, nous sommes également responsables de la logistique de son service. Chaque jour, nous veillons à communiquer sur l'état de santé du patient, en consignant ses observations dans un rapport ou lors de participation à des réunions d'équipe.

4. Qui sont les soignants ?

Il existe une équipe qui gravite autour de la personne soignée qui est une équipe pluridisciplinaire. Une équipe pluridisciplinaire est « un groupe de personnes qui travaillent à une même tâche ou qui unissent leurs efforts dans le même dessein ».

Notre équipe qui gravite autour du patient est constitué d'un nombre plus ou moins important de personnes. Lorsque le patient est hospitalisé, il s'agira de toutes les personnes d'une unité de soins mais aussi des personnes extérieures (diététicien, pédicure, kinésithérapeute, ...) Lorsque la personne est prise en charge à domicile, il s'agira du médecin traitant, infirmier, aide-soignant, aide familiale, ... Même seule sur le terrain, vous faites partie d'une équipe.

La pluridisciplinarité est une mise en commun d'informations issues de plusieurs sciences ou de disciplines. Elle relève d'une ouverture d'esprit, d'une curiosité intellectuelle qui pousse le soignant à évoluer, à sortir de son domaine et de son langage propre.

Les règles pour que notre groupe de professionnelles soit productif sont que les participants doivent écouter l'autre, que nous ne devons pas couper la parole à l'un et l'autre, que nous devons être précis et bref dans le message que nous souhaitons passer, que nous devons coopérer, que nous devons diminuer et éliminer les tensions dans l'équipe, que nous devons être solidaire, que nous devons éviter la critique ainsi que les jugements et les valeurs.

⁶ La tension artérielle est normale vers 120/80 et ne doit pas dépasser 140. Voir Annexes.

⁷ La température normale du corps humain maintenant à 36,6°C.

⁸ la glycémie est normale entre 0.70g/l et 1.10g/l.

Une bonne organisation du travail dans une équipe de soins est essentielle. L'organisation du travail au sein de notre équipe pluridisciplinaire est soumise à la coopération effective de chaque membre de l'équipe. Elle permet le développement des comportements professionnels. Que ça soit pour la santé et le bien-être ou le mental du patient. Le fait de travailler ensemble dans une bonne cohésion permet d'accomplir plus facilement les objectifs communs. Mais pour cela, il faut que chaque membre du personnel y participe ! Personne n'est inutile.

Chaque métier a une influence dans une équipe pluridisciplinaire.

Le Personnel de direction et d'administration est important car il s'occupe de la gestion du personnel, des commandes de fournitures, de l'accueil et de la visite des nouveaux arrivants. Par exemple, lors de nos stages, quand nous devons demander une crème pour rougeurs car l'un des soignés n'en avait plus, nous devons demander cela au personnel de direction et d'administration dans certaines institutions. Également en cas de violences ou de comportements agressifs, le personnel de direction interviendra et en jugera les conséquences.

Le médecin exerce également une grosse influence. Chaque soigné peut se faire consulter par son médecin traitant. Celui-ci accompagne son patient dans le parcours des soins. Il signale si celui-ci est atteint d'une maladie ou une nouvelle pathologie. Si celui-ci a des problèmes de santé, il met en place la médicalisation et la remise en forme du patient. Il tient à jour le dossier médical du patient et l'accompagne. Par exemple, lors nos stages, nous pouvons observer la visite de nombreux médecins traitants dans les chambres de différents patients. Ceux-ci examinaient leur patient pour ensuite transmettre les informations nécessaires au personnel médical présent. Ou par exemple, si le soigné présente des réactions violentes/agressifs, il peut lui administrer un traitement lui permettant de reprendre son calme lors de certaines situations.

Il y a aussi le personnel paramédical. On peut d'abord parler des infirmier(e)s. Le rôle de l'infirmier est de maintenir, d'améliorer ou de rétablir la santé du patient. Durant nos stages, nous avons pu observer que les infirmiers s'occupaient des traitements des patients, prise de sang, prise de paramètres, des pansements mais aussi quelques fois des toilettes. Ensuite, il y a donc les chefs infirmier(e)s. Dans le personnel paramédical, il y a également nous-mêmes, c'est à dire les aides-soignants. En collaboration avec l'infirmier et sous sa responsabilité, nous assurons auprès des patients des soins d'hygiène et de confort : toilette, repas, réfection des lits, accueil, installation et transfert des patients... nous transmettons quotidiennement nos observations par

écrit et par oral pour assurer la continuité des soins. Également, lorsqu'il y a une situation où le soigné est violent/agressif avec nous-mêmes, nous devons transmettre ses informations à l'infirmier et laisser une trace écrite pour le reste de l'équipe. Le chef infirmier s'occupe de l'activité et de la qualité des soins de son équipe.

Le kiné, lui, est un spécialiste de la rééducation motrice et fonctionnelle qui applique des massages et de la gymnastique médicale dans le but de soulager le patient. Le kiné, pourra donc informer l'aide-soignant ou l'infirmier s'il remarque un problème au niveau de la motricité du patient. Il devra être aussi absolument informé si le patient présente des problèmes à certains endroits pour éviter tout autre affection.

L'aide logistique s'occupe d'améliorer le confort du patient et réalise les tâches d'assurances du patient. Il distribue les déjeuners, les repas. Il parle souvent avec le patient. Il vérifie que tout se passe bien pour celui-ci, ... Il pourra donc également signaler s'il constate un problème vis à vis d'un patient/résident mais lui aussi doit être informé des régimes des patients pour la distribution des repas par exemple. En tant que stagiaire aide-soignant, nous nous occupons des toilettes de plusieurs personnes le matin avec d'autres aides-soignants, mais aussi parfois avec des infirmiers. *Lors de nos stages, il nous arrive d'accompagner l'aide logistique pour la distribution des repas. Les kinés, pareil, ils étaient présents à toute heure. Lors de mon premier stage, la kinésithérapeute pratiquait son métier dans les couloirs. Cependant, lors de mon second stage, les kinésithérapeutes venaient chercher les résidents/patients et les accompagner dans leur salle de kinésithérapie avec tout le matériel nécessaire présent dans le bâtiment.*

Le Personnel technique et des services généraux n'est pas à négliger. Il a une très forte importance aussi dans l'établissement. Il y a les ouvriers polyvalents qui s'occupent de la maintenance des bâtiments ou ils entretiennent les locaux à usage collectif et leurs dépendances. Ils peuvent aussi être appelés quand, par exemple, il y a un problème dans l'évier dans une des chambres des résidents.

Les cuisiniers qui s'occupent des repas font également attention à chaque régime du patient/résident et doivent donc être informés de leur régime qui est absolument important.

Les techniciennes de surface qui s'occupent de l'hygiène et de la propreté du bâtiment, des chambres, des espaces sanitaires quotidiennement. L'hygiène et la propreté sont importants dans ce domaine.

Lors de nos stages, nous pouvons observer que les ouvriers s'occupent souvent des bouchons présents dans les éviers des résidents.

Maintenant que nous avons vu ce qu'est un soignant, nous allons découvrir qu'est qu'un soigné.

5. Quand sommes-nous un soigné ?

La personne qui reçoit des soins est la personne soignée. Elle peut recevoir des soins préventifs, curatifs et palliatifs. Elle reçoit ses soins par nous-mêmes, les soignants. La personne soignée est donc un bénéficiaire de soins.

Par soins préventifs, nous entendons des soins qui visent à éviter la survenue d'une maladie ou à identifier une maladie le plus tôt possible afin d'initier un traitement sans délai pour en réduire la mortalité ou la gravité. Les soins curatifs, eux, sont les soins de santé donnés pour des conditions médicales où une guérison est considérée comme réalisable. Enfin, les soins palliatifs sont les seuls de niveau strictement individuel, puisqu'ils abandonnent les règles préventives et les protocoles curatifs pour concentrer toute l'attention sur le bien-être du patient en fin de vie.

Le soigné peut être dénommé par plusieurs termes. On peut le désigner comme une personne soignée, comme un patient, un actant qui désigne un patient qui est acteur de sa santé, un bénéficiaire de soin, un sujet qui désigne un patient qui est acteur de sa santé, une patientèle qui désigne l'ensemble des patients d'un point de vue économique ou encore un client.

Le soigné ou « le patient » a sept droits. Le premier est de bénéficier d'une prestation de soins de qualité. Chaque patient reçoit les meilleurs soins possibles en fonction des connaissances médicales et de la technologie disponible. Les prestations sont faites dans le respect de la dignité humaine et l'autonomie du patient sans la moindre discrimination. Les soins visant à prévenir, traiter et soulager la douleur physique et psychique font partie des droits du patient. Deuxièmement, il y a le droit de choisir librement son praticien professionnel. Celui-ci choisit le praticien professionnel mais il peut consulter à tout moment un autre praticien. Mais la loi et les circonstances propres à l'organisation des soins de santé peuvent parfois limiter ce choix. D'un autre côté, tout praticien peut refuser ou dispenser des services à un patient pour des raisons personnelles ou professionnelles, excepté en cas d'urgence. Dans le cas où le prestataire se dégage de sa mission de soins, il doit néanmoins veiller à en assurer la continuité. Troisièmement, le patient a le droit d'être informé sur son état de santé. Le soignant

communiqué au patient toutes les informations nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable et indique aussi le comportement à adopter en conséquence. Quatrièmement, le patient a le droit de consentir librement à la prestation des soins, avec information préalable. Avant de commencer un traitement, le soignant doit obtenir le consentement libre et éclairé du soigné. Cela implique donc que le soignant doit avoir clairement informé le patient des caractéristiques de l'intervention envisagée. Cinquièmement, le patient a le droit de disposer d'un dossier tenu à jour, de pouvoir le consulter et d'en obtenir une copie. Chaque soignant tient à jour et conserve en lieu sûr un dossier pour chaque soigné. Ce dossier contient des données sur l'identité du patient et ses informations médicales. Le patient peut demander au soignant d'y ajouter certains documents comme un article scientifique relatif à sa maladie, un document désignant une personne confiance ou un mandataire. Si le patient change de soignant, il peut demander le transfert de son dossier de patient afin d'assurer la continuité des soins. Sixièmement, le patient a le droit d'être assuré de la protection de sa vie privée sauf si celui-ci donne son accord. Enfin, le patient a le droit d'introduire une plainte auprès d'un service de médiation. Si la personne estime que l'un de ses droits de patient a été bafoué, elle peut introduire une plainte auprès du service de médiation⁹compétent.

A présent, nous avons vu le soignant et ainsi que le soigné, dorénavant nous allons voir ce que prendre soin.

6. Que signifie prendre soin ?

Le mot « soigner » a trois significations. La première signification est « prendre soin de quelqu'un, de quelque chose, s'en occuper » (= s'occuper de l'être dans sa globalité). La deuxième est de « procurer les soins nécessaires à la guérison de quelqu'un » (= donner un traitement). La troisième est « apportée de l'application à quelque chose » (= s'appliquer à ce que l'on fait).

Prendre soin : « être attentif à, veiller à quelque chose » (rejoint surtout le sens n°1 mais sans exclure les sens n°2 et n°3).

⁹ La médiation est une des méthodes alternatives à la procédure judiciaire pour résoudre des conflits.

L'expression « prendre soin » ajoute au verbe « soigner » une dimension de vigilance particulière et d'attention de l'autre.

Souvent, lorsque nous interrogeons les soignés, ceux-ci ont le sentiment que nous n'avons pas pris soin d'eux lorsque nous faisons attention à l'ensemble de leurs besoins tant sur le plan physique que sur le plan de leur réalité intérieure. Ils considèrent que nous avons pris soin d'eux quand nous avons su réagir de manière adaptée à leurs symptômes pour les soulager, mais aussi quand nous avons su faire attention à l'ensemble de leur personne et quand nous avons su les considérer comme des personnes à part entière. Dans cette attente des malades, vis-à-vis de leur soignant, il y a donc plus qu'une demande d'un savoir-faire, il y a une demande de savoir-être. Prendre soin d'une personne est donc faire attention et essayer d'accomplir ses besoins.

Abraham Maslow, psychologue américain, définit l'homme comme un tout représentant des aspects physiologiques et sociologiques ainsi que spirituels.

Il détermine une hiérarchie des besoins¹⁰. Pour qu'elle tienne droite, elle doit avoir une base solide car une erreur de construction de soubassement¹¹ entraînera un affaissement de l'ensemble.

Je vous ai parlé du soignant ainsi que du soigné. Ensuite, nous avons découvert ce que veut dire prendre soin et maintenant, nous allons dévoiler l'essentiel de ce soin, la communication.

7. Qu'est-ce que la communication ?

Communiquer vient du mot latin : *communicare*¹² La communication est donc un processus qui nous permet de mettre en commun des informations ou des connaissances.

Dans la communication, il y a un émetteur, un récepteur, un message, le matériel utilisé et l'environnement.

Pour assurer la qualité de la communication, quelques règles sont à respecter. L'émetteur doit utiliser un langage clair, adapté au récepteur et se montrer motivé par rapport à son sujet. Le récepteur doit être prêt à recevoir le message en étant attentif et motivé par le sujet. Le message doit être clair, simple, intéressant, formulé par un langage commun. Le matériel utilisé

¹⁰ Voir annexes.

¹¹ Partie inférieure (d'une construction...) sur laquelle porte d'autres parties.

¹² Qui signifie « Être en relation avec », « mettre en commun ».

doit être en bon état de marche, adapté à la nature du message. L'environnement doit être propice à la communication (éliminer les bruits parasites, prévoir un lieu adapté...)

La communication peut se passer dans différents contextes tels que le contexte spatial, le contexte temporel, le contexte socioéconomique, le contexte technologique, le contexte culturel et le contexte institutionnel. Le contexte spatial est le cadre dans lequel a lieu la communication. Il comprend le lieu, le décor dans lequel se déroule l'échange mais aussi la distance qui sépare deux individus en situation de communication. Le contexte temporel fait référence au temps que l'on dispose pour communiquer. Le contexte socio-économique se rapporte à la situation économique des interlocuteurs, à leur éducation, à leurs valeurs, etc. Nous possédons tous une façon unique de communiquer. La technologie utilisée influence aussi la communication car nous ne communiquons pas de la même façon par courriel que par téléphone. Ensuite, il y a le contexte culturel qui regroupe les références culturelles des interlocuteurs, la connaissance des rites culturels, la connaissance de la langue, etc. Le contexte institutionnel peut influencer la façon dont nous communiquons, *par exemple, un médecin n'aura pas la même façon de communiquer avec ses patients qu'avec sa famille à la maison.*

Nous avons trois modes de communication. Il y a la communication verbale, la communication para verbale et la communication non verbale. La communication verbale est le fait d'utiliser des mots. Elle peut être écrite ou verbale mais aussi fermée ou ouverte. Elle est fermée quand le récepteur ne peut répondre que par « oui » ou par « non » et elle est ouverte quand le récepteur peut choisir librement et construire sa réponse. Le récepteur est celui qui reçoit le message.

Ensuite, il y a la communication para verbale. La communication para verbale désigne les éléments de communication, en dehors du sens des mots eux-mêmes, contribuant à faire passer un message. En fonction de ces différents éléments, le message sera perçu différemment par notre interlocuteur, car il interprétera le message verbal en fonction de la manière dont cela est dit comme la force, le ton utilisé, le rythme, le volume de la voix, ... et aussi en fonction des mots utilisés. Dans la relation avec le soigné, nous devons être attentif à certaines composantes de la communication verbale et para verbale. Le soignant fera attention au langage utilisé, à la puissance de la voix, à la tonalité de la voix, au débit ainsi qu'à l'articulation.

Pour finir, il y a la communication non-verbale. Il s'agit des gestes, des mimiques, positions de notre corps, de notre respiration, de notre regard, du toucher, de la proxémie, ... qui accompagnent le message verbal. Pour qu'une relation de confiance s'installe entre nous et le soigné, il faut qu'il y ait une correspondance entre nos paroles, notre ton de voix et notre attitude corporelle. Par exemple, si nous arrivons dans la chambre d'un soigné en disant qu'il a bien fait de sonner et que je suis là pour ça alors que mon ton est sarcastique et que mon expression du signifie tout le contraire, le soigné ne sera pas quoi penser, il risquera d'avoir moins confiance en nous ; la relation et la communication deviendra difficile.

Il y a d'autres difficultés à une bonne communication. Il y a des difficultés psychoaffectives comme la peur de communiquer ou qu'il n'a pas de considération pour la communication. Cela découle souvent de l'éducation reçue. Certaines personnes considèrent que c'est mal élevé de parler de soi, d'exprimer des opinions personnelles, que c'est une faiblesse d'évoquer des difficultés ou des préoccupations. Il y a la peur de l'autre également. Cette forme de peur varie d'intensité d'une personne à l'autre mais c'est rare qu'elle soit totalement absente. Il y a également l'antipathie connue ou irraisonnée. Il arrive d'être allergique à certaines personnes. Le seul fait de les voir « met la boule ». Cela peut arriver lors d'une première rencontre et cette réaction disparaîtra avec un peu de bonne volonté et une meilleure connaissance de la personne. Mais il peut arriver d'autre part que l'antipathie ou l'incompatibilité augmente et dans ce cas-ci, il faut juste faire appel à la bonne volonté.

Il y a aussi les difficultés physiques et matérielles. Le temps peut être, par exemple, le moment mal choisi ou le laps de temps qui est un peu trop court. Il y a l'espace comme un local mal aéré, bruyant avec une mauvaise disposition des chaises et un bureau séparant les interlocuteurs. Il y a aussi le confort et l'inconfort comme la chaleur, le froid, les mauvais éclairages ou les allées et venues d'autres personnes. Il peut avoir aussi la différence d'âge, de sexe, les présentations physiques et la mauvaise forme physique. Il y a les difficultés dues à des différences de statut social. Cela représente la position occupée par un interlocuteur dans sa fonction, dans la société qui peut influencer la communication.

Il y a les difficultés intellectuelles. C'est le niveau d'étude, le manque ou l'inégalité de vocabulaire. Enfin, il y a les difficultés culturelles. Ce sont la culture, les ethnies, les religions et les manières de vivre différentes.

Pour faciliter la communication, il y a plusieurs méthodes. Tout d'abord, il y a la rétroaction ou le feedback. Pour bien se faire comprendre, il ne suffit pas de faire passer un message mais il faut s'assurer que le message a bien été compris. Le récepteur peut fournir des rétroactions positives ou négatives au sujet du message qu'il a reçu. Par exemple, il opine de la tête, pose des questions, fait un commentaire... Cela va permettre à l'émetteur de savoir si le message a été reçu. Il y a aussi l'écoute. Si vous voulez donc être quelqu'un qui communique bien, il est important non seulement de bien parler mais aussi de savoir bien écouter.

Il y a la reformulation. Elle permet de vérifier que la personne a bien compris. Elle peut être formulée par l'émetteur ou le récepteur. Une bonne reformulation démontre à votre interlocuteur votre capacité d'écoute et votre attitude à vous intéresser à lui et à sa situation. Dans la reformulation il est important de reconnaître l'autre dans ce qu'il vit. On parle donc de prise en considération du sentiment de l'autre. On reformule des faits, des idées et des sentiments.

L'écoute active est le fait de passer par l'écoute silencieuse puis par la reformulation et ensuite par le reflet des sentiments. L'écoute active consiste donc à écouter l'autre puis à lui retourner ses pensées, ses sentiments. C'est un reflet neutre et non un avis. L'écoute active va éviter un ton moralisateur, un jugement. Celle-ci se fait en trois phases. Nous allons premièrement écouter silencieusement l'autre sans l'interrompre puis nous allons reformuler ce que nous avons compris sans inclure un jugement et puis nous allons refléter nos sentiments.

Les effets d'une bonne communication se fait ressentir à plusieurs niveaux. Il y a d'abord l'engagement. Il est nécessaire pour un établissement l'engagement du personnel, car un salarié engagé veut voir son établissement réussir, il voudra y participer et donc prendra les initiatives et fera les efforts nécessaires pour atteindre cet objectif. La performance d'un établissement est donc directement liée à l'engagement de son personnel, passant donc par un système de communication performant. Ensuite, il y a la solidarité, une communication honnête et efficace augmentera la loyauté et rassemblera les salariés qui formeront une équipe solide et unie. Lorsque les salariés ont de bonnes relations avec leurs collègues, ils sont plus enthousiastes à l'idée de venir travailler et amènent ainsi de la bonne humeur et une bonne atmosphère dans l'espace de travail. Pour finir, il y a la motivation. Communiquer le fond du problème à résoudre, les fondements d'une décision, un traitement à donner, un conflit à gérer...sont autant d'action

qui aideront à motiver les salariés. En comprenant les raisons, les salariés s'identifieront au contexte et se sentiront plus personnellement concernés et donc, motivés.

Les problèmes de communication entraînent des répercussions négatives sur l'accès au traitement, par exemple si le soigné ne comprend pas la notice, le traitement, les consignes d'usage...Il aura beaucoup de mal à se soigner via son traitement. La communication peut avoir également des répercussions sur la capacité d'obtenir le consentement. Il est reconnu que, lorsqu'un soigné ne maîtrise pas une langue officielle, le soignant doit veiller à ce que le soigné comprenne l'information qui lui est communiqué avant l'administration du traitement. Le consentement est l'un des piliers fondamentaux de la qualité des soins. Cela peut aussi entraîner des répercussions sur la capacité des professionnels de la santé de remplir leur obligation éthique, par exemple, concernant la confidentialité, une communication claire et efficace de renseignements complexes constitue un défi, mais est essentielle à la prestation de soins de santé de grande qualité. Une mauvaise communication entraîne une mauvaise qualité de soin comme une mauvaise hospitalisation, des diagnostics retardés ou mauvais ainsi que des consultations inappropriées. Il y aura aussi un mauvais suivi du patient, une mauvaise qualité de soins de santé mental et enfin, une sécurité du patient amoindri.

Nous venons de développer ce qu'était la communication. Désormais, nous allons voir les conséquences lorsque celle-ci est mauvaise voir absente.

8.Qu'est-ce qu'une mauvaise relation ?

Les relations permettent aux personnes de se sentir en sécurité, respectées et acceptées comme elles sont. Les mauvaises relations, elles, font en sorte que les personnes se sentent anxieuses, confuses, incertaines et même en danger. La distance qui va apparaître au sein de cette relation peut être due à différentes causes, comme le lien de confiance, le premier contact, les émotions liées à cette souffrance ou encore la souffrance de la personne soignée.

Le premier contact est la relation de confiance : pour nous, la relation entre le soignant et la personne soignée va commencer dès le premier contact entre ces deux personnes. Ce premier échange va donc être hyper important pour déterminer l'évolution de la relation et donc la distance qui s'instaurera dans celle-ci. Le but de cette première rencontre est d'établir une relation de confiance. C'est pourquoi la communication dont nous avons parlé précédemment

sera déterminante. Par la suite, nous allons identifier les besoins de la personne. C'est pourquoi il est très important que le premier contact se passe bien. S'il n'y a pas de relation de confiance alors il n'y aura pas une bonne prise en charge. Ensuite, il y a les émotions. Les émotions sont intégrées à l'être humain. Ces émotions sont généralement génératrices de différents comportements chez l'individu. Par exemple, une personne anxieuse aura tendance à peu collaborer et à se mettre en retrait alors qu'une personne qui a confiance en l'autre va coopérer et s'investir dans les soins qui lui sont prodigués. Une autre complication amenée par les émotions, est le fait que certains ressentis du patient peuvent faire écho chez le soignant et cela, inversement. Quand nous sommes confrontés à la souffrance de l'autre, celle-ci peut nous amener à la confrontation avec nos propres souffrances. Il est donc important d'apprendre à avoir conscience des émotions et des enjeux qu'elles entraînent, faire preuve d'empathie.

Il y a également la souffrance dans la relation. Celle-ci est un élément important dans la relation de soin car nous sommes souvent confrontés à une personne atteinte dans sa santé, qu'elle soit psychique, sociale ou physique. La maladie est généralement synonyme de souffrance. Celle-ci peut être mesurée à travers ce que le patient nous dit quand il montre sa détresse et par l'évaluation qu'il fait par rapport à la gravité de sa maladie. Cette perception étant subjective, car elle est propre à chaque personne, va donc rendre son évaluation plus difficile. Cette subjectivité va nous amener à comparer la souffrance de l'autre par rapport à la sienne afin de pouvoir y donner une valeur mais cette comparaison risque donc de nous engendrer des émotions qui vont influencer la relation et la distance avec le soigné.

Par exemple, un patient qui est dans une grande souffrance que ce soit physique ou morale va nous donner l'obligation de faire preuve d'empathie. Celle-ci est confrontant et d'autant plus quand elle est accompagnée d'un sentiment d'impuissance, car la souffrance est difficile.

Second exemple, pour donner suite à un malentendu lors d'une conversation avec une infirmière, celle-ci me gronda et je me suis sentie frustrée. La frustration est une réponse émotionnelle à l'opposition ressentie. Elle est liée à la déception voire la colère. Les jours à venir, un stress m'envahissait de plus en plus et qui me mettait mal à l'aise face à la rencontre de l'infirmière.

Autre exemple, durant mon service de l'après-midi, Je devais mettre en pyjama une personne soignée. Je me renseigne auprès de l'infirmière pour recevoir toutes les informations nécessaires de la prise en charge de celle-ci. L'infirmière étant débordée, elle ne me transmet pas les

habitudes de vie de la personne à prendre en charge. Je pars donc avec le minimum d'informations que j'ai pu récolter. Malgré tout mon possible et la meilleure façon d'approcher, celle-ci me porta des coups car elle ne voulait pas qu'on la touche. Les jours qui suivaient, j'appréhendais donc toujours de devoir mettre cette dame en pyjama car il y a un stress et une peur qui se sont déclenchés. Une mauvaise relation entre le soignant et le soigné peut donc engendrer de l'appréhension, du stress, du recul, des craintes, mais également des conflits.

Nous avons pu voir qu'une mauvaise relation peut évoluer en un conflit, nous allons donc développer celui-ci.

9. Qu'est-ce qu'un conflit ?

C'est un désaccord, une contradiction, une opposition entre deux ou plusieurs parties.

La notion de conflit désigne une situation relationnelle structurée autour d'un antagonisme¹³. Celui-ci peut être dû à la présence simultanée de forces opposées, à un désaccord sur des valeurs, des opinions, des positions...mais aussi à une rivalité lorsque des acteurs sont en compétition pour atteindre le même but ou posséder le même objet ou une personne, un bien, un statut, un territoire ou encore à une inimitié¹⁴ affective comme l'animosité, l'hostilité, la haine.... Le nombre des acteurs qui s'affrontent permet de déterminer trois niveaux de conflits : « international » quand ce sont des puissances étrangères comme la guerre entre deux pays ; « social » quand il s'agit de groupes sociaux, comme par exemple, lors d'une manifestation ; et « relationnel » lorsqu'il implique des personnes. Un quatrième niveau intervient lorsqu'un individu est pris entre des valeurs, des pulsions ou des désirs contradictoires et se trouve alors confronté à sa propre ambivalence¹⁵; on peut parler alors de « conflit interne ».

De tout temps, le conflit est apparu comme une donnée inévitable et inéluctable des relations humaines pouvant revêtir des formes différentes et jouant un rôle dans la dynamique et l'évolution des individus et des collectivités...Dans la majorité des cas, un conflit se forme lorsqu'il y a un besoin insatisfait. Généralement, cette insatisfaction crée une frustration. Par le conflit, on espère donc changer la donne et obtenir quelque chose et plus précisément, ce que

¹³ État d'opposition de deux forces, de deux principes.

¹⁴ Sentiment hostile envers une personne.

¹⁵ Caractère de ce qui comporte deux composantes de sens contraire, ou de ce qui se présente sous deux aspects.

l'on désire. Que ce soit dans une relation professionnelle ou une relation personnelle, le principal objectif étant de modifier le rapport de force qui existe entre les parties. Les problèmes relationnels ainsi que la divergence d'intérêts et de valeurs peuvent être également à l'origine d'un conflit.

Il y a différents types de conflit¹⁶. Premièrement, il y a le conflit intrapersonnel qui va être un conflit qui se trouve à l'intérieur même de la personne, que ça soit au niveau cognitif (pensée, principe, décisions à prendre, valeurs) soit au niveau émotionnel (émotions ou sentiments toxiques, contradictoires) ou soit au niveau comportement (choix à faire, posture à prendre). Nous éprouvons tous ce type de conflit à des échelles différentes ; il nous permet de nous structurer. Lorsque le conflit est trop intense, l'individu peut être amené à utiliser des mécanismes de défense comme le refoulement, la projection sur une autre personne ou le déni.

Le conflit interpersonnel va concerner plusieurs personnes. Les personnes sont opposées entre elles au sujet de leurs préférences respectives en matière d'attitudes, de comportements, de valeurs et/ou d'objectifs. Le conflit intra groupe va concerner qu'une somme de conflit intra personnels et interpersonnels. Ce conflit va désigner les tensions qui se produisent entre tous les membres d'un groupe ou certains d'entre eux. Il va sûrement changer et avoir des conséquences sur le fonctionnement de base du groupe. Ces tensions au sein d'un groupe qui peuvent venir des tâches allouées, des processus relationnels... Il se rapproche du conflit intra personnel, par exemple classique, tensions relationnelles entre collègues d'un même service. Le conflit inter groupe concerne plusieurs groupes qui vont avoir des tensions. Le conflit inter groupe le plus connu est celui qui se produit entre la direction et les syndicats. Le conflit naît souvent de la différence des valeurs.

Il y a différentes sources de conflits. Il peut y avoir le besoin, comme le fait qu'un patient veut laisser allumer la télé et que l'autre personne présente préfère avoir du calme. Il y a également l'intérêt, comme le fait qu'une personne de l'équipe veut prendre son jour de congé le samedi mais qu'une autre personne de l'équipe veut également son jour de congé ce jour-là. Il y a la valeur, comme le fait qu'un résident d'une maison de repos souhaite intégrer une messe prévue le dimanche car elle est pratiquante mais qu'un autre résident persiste pour ne pas intégrer

¹⁶ Voir en annexes.

cette messe car il est non-pratiquant. Il y a la personnalité, comme le fait de ne pas aimer une personne juste parce qu'on n'aime pas ses traits de caractères. Il y a aussi le pouvoir, comme le fait qu'une personne de l'équipe nous sous-estime car je suis aide-soignante et qu'elle est infirmière. Nous avons encore d'autres sources de conflits tels que le cognitif, c'est le fait de ne pas partager les mêmes idées ou encore territoriaux, c'est le fait de ne pas venir du même pays, par exemple. Nous avons aussi la relation, les émotions et la culture qui peuvent être une source de conflit.

Il y a différentes attitudes face au conflit. Nous pouvons avoir la confrontation et la coopération. Les deux parties coopèrent, nous allons expliquer les besoins qu'on veut satisfaire. Il y aura donc satisfaction des deux parties. Il y a également l'évitement. Nous allons soit fuir soit dire qu'il y a aucun problème alors que si... Cela peut engendrer un second conflit. Nous avons aussi l'accommodement. Nous allons adoucir les choses et calmer le jeu. C'est une démission face au conflit car on préfère préserver la relation. Nous pouvons avoir des risques car il y aura une accumulation de rancœur qui peut également provoquer un conflit. Nous avons l'affrontement et la complétion. Dans ce cas-ci, cependant, nous allons nous opposer à l'autre en émettant des cris, des insultes, des coups, c'est une sorte de complétion et nous allons vouloir se faire respecter. Soit l'autre partie aura peur soit elle va se confronter à nous. Enfin, nous avons le compromis. C'est une sorte de « marchandise » ou « un deal ». Mais cela peut causer de la méfiance donc nous n'aurons pas la satisfaction totale des deux parties.

Pour pouvoir gérer cette colère, nous allons chercher l'origine de la colère et connaître son fonctionnement. La bonne façon est de prendre sa respiration et de savoir prendre du recul par rapport à la situation. Nous allons nous retirer pour réfléchir. Puis, nous allons passer à l'écriture. Nous allons écrire sa souffrance car le fait d'y mettre des mots va identifier le problème et va donc diminuer la colère. Cela nous permet de trouver une solution. Ensuite, nous allons examiner les racines de sa souffrance, réfléchir à ce qui fait passer. Cela va nous permettre de gérer sa colère car on sera plus conscient à ce moment-là. Enfin, nous allons chercher à clarifier la situation avec l'autre. Nous allons parler des faits, du ressenti de l'autre, nous allons l'exprimer correctement afin de résoudre le problème.

Il y a différentes formes de conflits. Il peut avoir l'affrontement, le harcèlement, le désaccord, la dispute, l'agressivité, le dysfonctionnement, l'incompréhension, la mauvaise ambiance, une

relation dégradée, le stress et la tension. Mais, le conflit peut être utile ?

Dans certains cas, le conflit s'agit potentiellement d'un élément moteur et dynamisant, d'une opportunité d'évolution. Le conflit est au cœur du management,¹⁷ il constitue un allié, un instrument de la construction des personnes et des organisations.

Le plus souvent, nous craignons tellement le conflit que nous préférons le nier, ne pas le voir. Nous entendons souvent des personnes dire : « Moi je n'aime pas les conflits ! » Comme si en n'aimant pas ce que la vie nous propose, elle allait ne plus nous le proposer ! Le pire c'est que ces paroles paraissent à certains pacificateurs alors qu'elles sont le lit sur lequel la violence et l'agressivité pourront se reposer.

Le conflit peut être la cause ou, à l'inverse, la conséquence de l'agressivité et la violence. C'est pourquoi je vais vous présenter la différence de ces termes dans la prochaine partie, la partie conceptuelle.

¹⁷ Mise en œuvre des moyens humains et matériels d'une entreprise pour atteindre ses objectifs.

II. Partie conceptuelle

Dans la partie contextuelle, nous avons défini la relation soignant-soigné et nous avons donc décrit le soignant ainsi que le soigné. Puis, en rapport avec cette relation, nous avons fait des recherches et nous avons compris qu'est-ce que c'est prendre soin. Ensuite, nous avons dévoilé et expliqué l'essentiel de ce soin, la communication. Après avoir développé ce qu'était la communication, nous avons vu les conséquences de celle-ci lorsqu'elle est mauvaise voire absente. Nous avons pu voir qu'une mauvaise relation peut évoluer en un conflit et du coup, nous avons développé celui-ci. Désormais, il est temps de comprendre que le conflit peut être la cause ou, à l'inverse, la conséquence de l'agressivité et la violence. C'est pourquoi je vais vous présenter la différence de ces deux termes, leurs formes, leurs causes et leurs conséquences.

Concepts d'agressivité

1. Comment la définir ?

L'agressivité est une modalité du comportement des êtres vivants et en particulier de l'humain. C'est un instinct biologique¹⁸ de l'homme et de l'animal. L'agressivité se reconnaît à des actions où la violence est dominante. L'instinct biologique. L'instinct c'est ce qui va nous pousser à faire des actes adaptés à un but dont nous n'avons pas conscience.

En ce sens, elle représente une manifestation normale et même nécessaire, car elle représente l'énergie qui permet à l'individu de développer une personnalité capable de s'affirmer et de se défendre par rapport aux autres. Toutefois, son expression rencontre des niveaux de tolérance variables selon les groupes sociaux et leurs codes culturels, ce qui signifie que le caractère « normal » d'une manifestation agressive peut être d'une manière diverse apprécié selon les contextes.

Dans la conception psychanalytique issue de Freud, l'agressivité est présentée comme une pulsion liée à la pulsion sexuelle, c'est-à-dire une force qui pousse le sujet à accomplir une action dans le but de résoudre une tension venant de l'organisme. L'agressivité acquiert un degré pathologique lorsqu'elle n'est plus canalisée ou maîtrisée. Elle constitue un symptôme associé à différents troubles mentaux, comme la paranoïa.

¹⁸ Qui a rapport à la vie, aux organismes vivants.

2. Quelles sont les différentes formes d'agressivité ?

Nous avons l'agressivité par frustration. La frustration est un état d'insatisfaction provoqué par le sentiment de n'avoir pu réaliser un désir. Par exemple, je me lève le matin en ayant passé une mauvaise nuit et en retard. En arrivant sur mon lieu de travail, j'essaie de saluer ma collègue avec le sourire. Celle-ci, en colère de mon retard, fut désagréable auprès de ma personne. Ce qui me frustra pour le reste de la journée.

Nous pouvons ajouter l'agressivité pathologique. Il s'agit d'un problème de fonctionnement du système nerveux central. Les réactions sont alors imprévisibles. Cette agressivité-là est due à l'influence et aux conséquences de substances (alcool, médicaments, produits psychotropes) ou à cause d'une maladie.

Par exemple, une personne atteinte de l'Alzheimer peut développer une agressivité physique lorsque nous venons la changer car celle-ci ne comprend pas nos actes.

Ensuite, l'agressivité réactionnelle. Il s'agit ici d'un « coup de sang », une réaction immédiate à un sentiment d'agression violente (une humiliation, agression d'un proche). Tout le monde a également un point faible, une sorte de gros bouton sur lequel il ne faut surtout pas appuyer. Par exemple, après un soin, l'infirmière ne trouvant pas notre prise en charge correcte à moi et ma collègue de classe, elle nous en fait la remarque. La remarque étant un peu frustrante, moi et ma collègue avons réagi d'une façon totalement différente. Sachant que moi j'ai réagi à chaud et elle a relativisé un peu plus la situation.

Et enfin, il y a l'agressivité instrumentale. C'est une agression qui a un but précis, un objectif que la personne veut atteindre. Quand le but est atteint, la personne s'apaise et n'est plus agressive. Par exemple, une autre étudiante qui me critique sans cesse sur mes prises en charge. Cela provoqua une baisse d'estime en moi et celle-ci réussira à se mettre en valeur.

Actuellement, nous pouvons classer cela en deux grands types bien distincts, l'agressivité passive et l'agressivité active. L'agressivité passive est une bonne manière d'éviter un possible désaccord et de garder le contrôle de la situation mais cela peut donc accumuler les rancœurs qui peuvent finir par exploser en une véritable grosse crise. En effet, la personne, extérieurement, n'est pas agressive et ne montre pas son mécontentement. Elle ne répond pas

ou très vaguement en disant par exemple "si tu veux" afin d'éviter le désaccord, elle finira par accumuler cette surcharge négative et qui va engendrer une agressivité réciproque. Ses réponses seront donc anodines mais elles peuvent subitement agacer, culpabiliser l'interlocuteur.

L'agressivité active est le fait que la personne montre donc directement son agressivité, que ça soit en paroles ou en actes. Dans ce cas, la personne n'a aucun problème à se montrer ouvertement agressive, même en public. L'agressivité ne se traduit pas toujours par des actes de violence physique, elle peut aussi prendre la forme d'insultes ou d'humiliations. Une humiliation est un rabaissement conduisant à une mortification, un état d'impuissance ou soumission. L'humiliation peut être faite depuis une agression, intimidation, maltraitance physique ou mentale, ou par embarras lorsque le comportement d'un individu est perçu comme socialement ou légalement inacceptable.

3. Quelles sont les causes ?

Elles peuvent être provoquées par plusieurs facteurs. Comme certaines histoires de vie. Cela peut venir de notre enfance. Manque d'affection, d'écoute et d'estime, nous devenons donc agressifs envers une chose qui peut nous paraître anodine, sans importance, insignifiante. Ce sont des enfants qui ont construit des relations avec la force et qui n'ont donc pas appris le respect de l'autre, ils ont appris plus le non-respect, qu'ils soient agresseurs ou victimes.

L'agressivité serait due à un réflexe préprogrammé au niveau neurologique, en lien avec notre vécu personnel, relationnel et social. Mais cette agressivité peut être aussi en rapport avec certaines pathologies tels que la névrose qui est une affection caractérisée par des troubles affectifs et émotionnels sans cause anatomique, et intimement liée à notre vie psychique. La psychose est une maladie mentale grave qui provoque des troubles sévères tels que des pertes de contact avec la réalité, des bouffées délirantes (délire soudain) ou des idées irrationnelles (pensées absurdes, déraisonnables), etc.

L'agressivité peut prendre une forme pathologique par suite d'un stress ou une frustration, elle se déclenche dans un des contextes suivants : trouble mental ou trouble de la personnalité, toxicomanie (alcool, drogue...), retard mental, maladie neurologique, excès ou sevrage de

certains médicaments. Cela peut être aussi dû à notre charge de travail, à notre fatigue, à notre vie sociale, à notre relation avec l'équipe, ...

Le comportement agressif d'une personne est souvent issu de l'interaction de plusieurs facteurs. Un des facteurs importants c'est le stress ou l'absence sociale que la personne subit. L'angoisse, un refus de la maladie, la colère, la révolte, la perte de l'estime de soi sont également des gros facteurs qui influencent beaucoup l'agressivité de la personne. Il est important de bien connaître le dossier médical de la personne car son agressivité peut révéler une pathologie psychiatrique.

4. Quelles sont les conséquences ?

L'agressivité de l'un envers l'autre peut nous susciter du stress pour la suite. Nous aurons des ressentis négatifs envers l'autre personne, nous aurons peur. Cela peut complètement chambouler notre relation avec les autres et engendrer un manque de confiance et de perte d'estime de soi.

Après le conflit, nous devons adapter une attitude de recul et de remise en question. Nous aurons besoin de temps, de nous remettre en question et de faire la part des choses afin de permettre une continuité correcte dans la prise en charge du soin. Cela vient avec l'expérience et la maturité. Dès qu'il y a de l'agressivité, nous aurons besoin d'un recul physique et psychologique pour pouvoir se relancer normalement dans le soin. Quand nous nous sentons agressés, nous pourrions, par la suite, ressentir une sensation de peur, de colère ou encore d'anxiété en exerçant notre profession. Cela peut nous causer aussi de la culpabilité ainsi que de la honte. Cela peut nous sembler être un frein mais surtout cela peut avoir un impact sur notre état de santé.

Des études ont montré que les soignants ayant subi une agression au travail sont davantage susceptibles d'arrêter leur profession car ils ont du mal à continuer leur travail comme il le faisait avant. Les soignants ont besoin d'avoir un soutien émotionnel.

Nous avons souvent tendance à confondre agressivité et violence. Sachant que l'agressivité et la violence sont bien présentes dans ce genre de situation en milieu de soin, j'ai décidé également de vous parler de violence pour avec une comparaison entre les deux.

Concepts de violence :

1. Comment la définir ?

La violence peut être définie de bien différentes façons. Les dictionnaires, comme les organisations internationales, ont élaboré leur propre définition. D'après le dictionnaire Larousse, la violence peut être définie comme « L'ensemble des actes caractérisés par des abus de la force physique, des utilisations d'armes, des relations d'une extrême agressivité » ou comme une « Contrainte, morale ou physique, exercée sur une personne en vue de l'inviter à réaliser un acte déterminé ».

Pour l'OMS, la violence consiste en « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou de privations ».

Ensuite, pour l'Organisation des Nations Unies, « la violence fait référence à tout acte violent de nature à entraîner, ou risquer d'entraîner, un préjudice physique, sexuel ou psychologique ; il peut s'agir de menaces, de négligences, d'exploitation, de contrainte, de privation arbitraire de liberté, tant au sein de la vie publique ou privée ». Enfin, le Conseil d'Europe présente la violence, ou plus généralement la maltraitance, comme « tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

Bien que de nombreuses définitions existent, la violence est souvent catégorisée sous plusieurs formes. Dans le domaine médico-social, les violences essentiellement rencontrées peuvent être verbales, physiques, sexuelles ou psychologiques.

La violence est dans la vie de tout le monde. La violence est présente partout où la relation humaine existe. Pour certains, la violence peut être une énergie et pour d'autres une menace. Qu'elle soit stimulante ou destructrice, la violence est une force vitale. Si la relation est intense et qu'il y a de la dépendance, il y a forte chance que la violence soit destructrice.

Nous devons essayer de déceler les signaux de violence qui préviendront d'un comportement potentiellement violent afin de faire face aux conséquences de celui-ci. En tant que soignant, il est évident que nous devons faire face et réagir à de tels actes afin de nous protéger car cela risque d'engendrer un burn-out. Le burn-out donne « brûlure intérieure » bref un mal qui vous consume. En langage médical, on parle plutôt d'épuisement professionnel. « C'est la phase ultime et catastrophique du stress », résume Patrick Légeron, psychiatre et directeur du Stimulus, cabinet de conseil sur le stress professionnel. Ces premiers signes sont révélateurs d'un grand stress, particulièrement violent ou fréquent. Ils se concrétisent par des palpitations, les mains moites, des suees, une digestion difficile, des troubles du sommeil, une consommation accrue de tabac et d'alcool ou encore une émotivité exacerbée. C'est à ce moment-là que nous devons mettre le holà car la situation est encore réversible. Pour Patrick Légeron, il s'agit d'une période d'alerte : « l'être humain est une machine complexe qui envoie des signaux quand elle est en surchauffe ».

Les symptômes physiques sont une fatigue non récupérable même après un week-end ou une semaine de congé ; « Cela se remarque facilement car ce sont des gens très productifs au travail qui tout d'un coup ont une baisse de rentabilité ». Le sentiment que « son corps ne répond plus » et une grande difficulté à faire des efforts physiques comme par exemple, monter les escaliers. Des pannes de sommeil régulières. Des perturbations alimentaires : en période de stress on a tendance à manger plus mais quand le burn-out surgit, inversement l'appétit disparaît, avec une consommation accrue de stimulants tels que tabac, alcool ou médicaments.

Les symptômes psychologiques sont la deuxième composante est d'ordre mental. L'énergie psychologique est épuisée, ce qui induit une perte d'énergie et de motivation, « même se lever représente un effort considérable ». Une apathie qui se décline à tous les niveaux : L'émoussement des émotions. Après avoir ressenti les émotions de manière excessive, nous, qui sommes en burn out, avons l'impression de ne plus rien éprouver, d'être indifférente à tout ce qui l'entoure. Le sentiment d'être inutile, la dévalorisation de soi. Un mal-être qui fait tache d'huile et qui est accompagné d'une remise en question de sa famille et de sa vie sociale en général. Un rapport très froid à l'environnement.

2. Quelles sont les formes de violence ?

La violence verbale peut se traduire sous formes d'incivilités. Elles sont causées par certaines personnes envers d'autres sujets sous forme d'impolitesse, de non-respect des règles de vies en société, d'agressivité ainsi que par des discours dépréciant¹⁹ ou dénigrants. Ces discours sont plus ou moins répétitifs, et vont du simple haussement de la voix à des insultes. Cette violence verbale, est généralement, un signe précurseur de violences physiques. Ceci génère de la peur.

La violence psychologique se définit comme « Toute action qui porte atteinte de façon durable par sa gravité ou sa répétition à l'intégrité morale ou psychologique ». Elle a pour but de diminuer notre estime de soi, elle peut se manifester par des mots, des écrits ou encore des comportements. L'auteur des violences peut faire usage de chantage, humiliations, intimidations voire des menaces. Comme s'attaquer aux valeurs importantes de la personne, en dénigrant la victime ou même son entourage.

La violence physique altère directement notre corps convoité par un abus de force physiques tel que les coups, les blessures, les bousculades, les griffures, etc. Toutefois, cette violence peut également se tourner vers des objets ; dégrader du matériel médical ou des locaux est aussi considéré comme de la violence physique.

La violence sexuelle. L'O.M.S²⁰ considère un acte d'abus sexuel sans consentement comme violence sexuelle. Ces violences peuvent aller du harcèlement sexuel à l'agression, voire jusqu'au viol. Ce type de violences peut engendrer un impact psychologique et/ou physique, à un degré plus ou moins important.

¹⁹ Qui donne moins de valeur.

²⁰ L'Organisation mondiale de la santé.

3. Quelles sont les causes ?

Les causes de la violence sont multiples et parfois multifactorielles pour une seule et même situation. « Multifactorielle » est le fait d'être en relation à plusieurs facteurs. Le stress et la frustration sont deux causes majeures. La principale cause de violence chez le patient est plus provoquée par le facteur de stress. Le manque de communication est le syndrome principal à cette défaillance²¹. Il y a également le stress de la conclusion du diagnostic, le stress de ne pas savoir être pris en charge selon la pathologie définie, le stress de la population inconnue dans un milieu de soin, le stress d'avoir perdu ses habitudes de vie, ...

Il y a deux types de patients : ceux qui ont le pouvoir de contenir leur frustration et ceux qui l'intériorise, l'accumule au point de ne plus pouvoir la contenir. Le patient peut devenir violent à la suite d'une série de frustrations accumulées. Par exemple, le soigné va souffrir lors de ses soins reçus, cela va engendrer une frustration chez le patient. La souffrance va donc être également aussi une des causes.

Cela peut être la souffrance de ne plus être chez soi, la souffrance d'être loin de ses proches, la souffrance lors des soins, la souffrance de la maladie, la souffrance de se sentir seule, etc....Il existe grand nombre de souffrance chez la personne soignée.

Chez le soignant et ceci dans n'importe quelle institution, nous sommes souvent débordés et ils n'ont d'autres choix que de faire attendre les soignés qui perdent eux-mêmes patience et ce qui peut provoquer leur mécontentement.

Le conflit peut être également une des causes. Certains d'entre nous se sont habitués à considérer la violence comme une chose qu'on peut éviter. Aveuglés par la peur, ils en sont arrivés à estimer que la plus sûre manière de résoudre un conflit avec l'autre était d'anéantir cet autre. Inconscient du fait que tenter d'anéantir l'autre le plus sûr moyen que de se sentir humilié. C'est le cercle vicieux de la violence...qui se retourne contre celui qui avait tellement peur d'en être la victime...qui l'a attirée !

²¹ Faiblesse, incapacité.

C'est ainsi que, quand les peurs se sont installées, certains d'entre nous n'avons pas d'autre choix que d'être violente à notre tour, à moins d'adopter la méthode de l'autruche, nous nions la réalité du conflit en prétendant qu'il nous est préférable de pas y prêter attention.

4. Quelles sont les conséquences ?

Le stress aigu est un ensemble de symptômes caractéristiques qui peut se développer en réaction à l'exposition à un ou des évènements traumatique(s). Il implique généralement une réponse d'anxiété et inclut certaines formes de reviviscence ou de réactivité à l'évènement traumatique. Celui-ci est temporaire. Exemple, nous remplissons une bassine d'eau chaude afin d'effectuer une toilette au lit, en quittant la pièce d'eau, la bassine tombe subitement. Un stress nous envahit sur le moment même car nous allons perdre du temps pour notre prise en charge.

Le stress chronique, qui dure ou se répète, découle de l'exposition prolongée et répétée à des situations qui nous font sécréter les hormones²² du stress. Le stress chronique est mauvais pour la santé, il nous affaiblit. Exemple, faire face à une personne malveillante de notre équipe qui, au fur et à mesure des jours, nous provoqua un stress quotidien. Beaucoup de travailleurs européens pensent que le stress est une des causes à leurs problèmes de santé. Chaque année, 600 millions de jours de travail sont perdus en Union Européenne ayant pour cause le stress. Beaucoup de professionnels sont touchés par le burn-out. Les causes du stress sont également multiples, elles ne sont pas identiques pour tous les professionnels mais plutôt en fonction de notre personnalité, de notre expérience de vie, du moment où le stress intervient.

La violence est une grosse menace pour les services de santé. Elle dégrade la qualité des soins prodigués, et l'intérêt pour notre profession de soignant va aussi donc diminuer. Quand nous sommes violentés, nous sommes comme sidérés, nous ne savons plus quoi penser, nous ne savons plus quoi dire et nous savons plus comment agir. Quand nous nous sentons face à une mise en danger et inapte à la prise en charge du patient, il est préférable que nous déléguions auprès de notre collègue. La violence reçue va nous plonger dans la culpabilité, la honte et l'isolement. Elle va engendrer des troubles tels que le stress, la dépression, l'insomnie, l'anxiété,

²² Molécule qui permet de transmettre des messages chimiques dans l'organisme et capable d'agir à très faible dose. Elle est sécrétée par une glande du système endocrinien à la suite d'une stimulation et est libérée dans l'organisme, essentiellement par la circulation sanguine

la fatigue chronique, les maux de tête. Tous les aspects de la vie comme le travail, la vie sociale sont affectés. Elle va dégrader notre état de santé et détruire notre bien-être.

La violence subie est partout pour le soignant qui n'a pas appris à ne pas en devenir la victime. Quand elle ne vient pas de l'autre, elle est une pulsion destructrice contre soi-même : la culpabilisation. Malheureusement nous sommes beaucoup, encore une fois contraints par notre idéal relation aidante, à ne pas avoir autre choix que de culpabiliser à la moindre difficulté vécue par le soigné. Certains d'entre nous arrivons à faire de la mort une affaire personnelle, ils arrivent que certains d'entre nous pensons qu'ils sont responsables de l'échec personnel de celui qu'ils aident ou de la dégradation de l'état d'un soigné.

Pour donner suite à cette partie conceptuelle et à cette partie contextuelle, nous avons constaté que les lieux de soins sont des lieux d'émotion, plus précisément, des lieux d'expression d'injustice et de colère, donc des lieux propices aux conflits. Nous, en tant que soignants, souffrons de cela car nous sommes conditionnés par notre idéalisme qui nous empêche de voir la réalité. Quand le soigné vit un bouillonnement intérieur trop fort, il peut lui arriver d'exploser et de venir ainsi agressif voire violent et si nous ne nous attendions pas à cela, nous recevrons durement les frais. Dans cette partie, nous avons donc vu ce que c'était l'agressivité et la violence ainsi que leurs formes, leurs causes et leurs conséquences. Nous avons donc compris qu'il y a énormément de facteurs qui peuvent être en cause, comme certaines pathologies, la douleur, le conflit, les relations avec les familles, le manque de communication...que ça soit chez le soignant ou chez le soigné ! Maintenant, nous allons poursuivre avec la partie pratique de ce travail où nous allons voir, en tant qu'aide-soignant, mais aussi l'équipe et l'institution comment pouvoir pratiquer un soin dans les meilleures conditions malgré certains facteurs qu'il peut y avoir quotidiennement dans la relation soignant-soigné.

III. Partie Pratique

Nous en avons fini avec la théorie, désormais nous passons à la pratique. Nous allons développer différents points et différentes situations. Premièrement, nous allons voir notre rôle, en tant qu'aide-soignant pour effectuer un soin dans de bonnes circonstances puis nous allons voir notre rôle pour effectuer un soin avec, cette fois-ci, une personne susceptible d'être agressif. Par après, nous allons voir notre rôle contre l'agressivité et contre la violence d'un soigné. Nous n'allons certainement pas oublier l'équipe et l'institution qui jouent aussi un rôle sur cette problématique. Pour finir, nous allons voir notre rôle, en tant qu'aide-soignant, pour prévenir un conflit.

1. Quel est notre rôle, en tant qu'aide-soignant, pour effectuer un soin ?

Quand un soin est bien fait, il va d'office améliorer le bien-être du soigné. Tout d'abord, nous devons être informé sur l'état de santé du patient auprès de l'équipe et/ou de son entourage, nous devons bien reconnaître les zones douloureuses, la localisation d'une fracture antérieure, par exemple du col du fémur. Il faut suspecter une gêne chez un patient, surtout chez un soigné ayant des antécédents connus : par exemple une constipation ou une rétention d'urine, il est important de connaître les antécédents d'états confusionnels et les antécédents pathologiques ayant déjà occasionné un état confusionnel : infection respiratoire basse, infection urinaire, autre pathologie ainsi que son traitement. Nous devons aussi connaître la vie personnelle de la personne. Nous allons également respecter l'intimité de la personne en frappant à la porte avant de rentrer et ne surtout pas oublier de la refermer derrière soi. Au passage, nous ne devons pas oublier de signaler sa présence pour que personne d'autre ne rentre dans la chambre à l'insu du soigné. Cela arrive fréquemment et ça a tendance à gêner la personne, ce qui est évident. Nous allons nous présenter à la personne avec un ton de voix assez élevé et de manière compréhensible. Il est évident que nous allons prévenir la personne de ce qu'il va se passer. Il faut rassembler toutes les affaires nécessaires à la toilette près de soi pour éviter les allés et venus, et donc éviter à la personne d'être seule, et qu'elle n'ait trop froid. Quand nous sortons de la douche ou du bain, nous avons un peu froid vu que nous sommes mouillés. Il ne faut pas oublier de se laver les mains avant et après chaque soin pour la propreté de tous.

Pendant le soin, nous allons communiquer énormément avec le soigné. Cela va nous permettre d'établir un climat de confiance entre nous et lui-même car le malade se confie souvent au

moment d'un soin. Nous n'allons pas hésiter à utiliser la redondance pour veiller à ce que la personne soignée comprenne bien ce que nous faisons. Pendant le soin, nous veillons à ce que la personne soit bien recouverte pour veiller à cette pudeur, son intimité mais aussi à ce qu'elle n'ait pas trop froid mais il faut également faire attention de ne pas trop la couvrir durant les fortes chaleurs. Nous allons également faire extrêmement attention à la sécurité et au confort du soigné tout au long du soin. Nous allons reconforter le soigné, le stimuler, noter ses pointes d'agressivité, de tristesse, de sourire s'il ne parle pas et ainsi noter les expressions du visage, des yeux et de la bouche. Un soin est fatiguant et ne doit donc pas durer trop longtemps au risque de fatiguer le soigné et/ou de le contrarier. Nous respectons les règles d'hygiène et nous n'oublions pas d'inspecter les points d'appui et de faire, si nécessaire, un massage préventif.

Après le soin, nous installons confortablement la personne au lit ou au fauteuil en respectant la manutention pour la sécurité de l'un et de l'autre. Nous faisons attention à la sécurité de la personne en mettant les barrières ou la ceinture si nécessaire, et nous mettons à disposition tout ce qui est nécessaire (lunettes, appareil auditif, sonnette, télécommande de la télévision, l'eau, un livre, ct.). Nous nettoyons et rangeons le matériel en respectant les circuits propres et sales pour le linge et le matériel. Nous éteignons notre présence et enfin, nous effectuons la transmission écrite sur le dossier de soin et pendant la réunion, une transmission orale avec le reste de l'équipe.

Nous allons systématiquement mettre la famille au courant de l'état de santé du soigné mais pour questions précises sur celui-ci, nous allons l'orienter vers l'infirmier ou le médecin.

2. Quel est notre rôle, en tant qu'aide-soignant, pour effectuer un soin avec une personne qui est susceptible d'être agressif ?

Ensuite, nous allons parler d'un soin avec une personne qui peut être agressif, *par exemple, la personne démente*. Comme nous l'avons vu précédemment, une personne démente peut avoir des réactions d'agressivité, c'est l'agressivité pathologique. Il s'agit d'un problème de fonctionnement du système nerveux central. Les réactions du malade sont alors imprévisibles. Nous allons donc pas effectuer de la même manière avec une personne démente, nous allons devoir faire attention à plus de détails.

Avant de commencer le soin, nous devons s'informer sur la personne, il faut bien reconnaître les zones douloureuses par l'affichage du schéma corporel. Il nous convient de suspecter certaines zones : membres inférieurs et lombalgies chez le grabataire, épaule chez le grabataire et l'hémiplégique (du côté de l'hémiplégie), la localisation d'une fracture antérieure, par exemple une fracture de la cheville. Il faut suspecter une gêne chez un patient, surtout chez un patient ayant des antécédents connus : par exemple une diarrhée ou alors si la personne a une poche de stomie.

Il est important aussi de connaître la personnalité antérieure de la personne soignée, de connaître son humeur de d'habitude (dépression, anxiété, stress), nous devons connaître la pathologie de la personne et son ancienneté. Il ne faut pas oublier de connaître les traitements médicamenteux en cours. Par la suite, il est important de comprendre et de corriger les petites choses qui conduisent la personne à l'agitation, ses causes d'inconfort. Il peut donc y avoir l'incontinence, ainsi que les dispositifs palliatifs, le linge de corps, une contention physique inutile ou abusive, la station prolongée au fauteuil qui va provoquer de la fatigue et des douleurs, ...Il y a tellement de choses qui peuvent lui causer de l'inconfort.

Il est, pour nous, essentiel de parler doucement et clairement à la personne. Nous devons parler d'une seule chose à la fois et même parfois répéter s'il le faut en utilisant la redondance. Nous n'allons pas oublier de lui dire et la prévenir de ce que nous allons lui faire. Nous devons éviter de parler avec d'autres personnes quand le patient est là, car cela ne va pas du tout apaiser le dément au cours du soin, au contraire. Les messages donneraient de bons résultats dans la prévention de l'angoisse du dément. Nous devons donc pratiquer une communication adaptée

en évitant les stimuli incompréhensibles pour le patient et en tenant compte des troubles sensoriels et de la mémoire. Il convient de faire des propositions d'activités rassurantes avant les crises.

Le bruit, la lumière et la température ne sont pas à négliger. Par exemple, en ce qui concerne le bruit, les dispositifs métalliques présents sur nos chariots, destinés à acheminer les postes radio et de télévision dont le son est trop élevé, les repas, le claquement des portes, les cris des autres, le port de semelles de chaussures inadaptées, ... Ce sont des excès de bruits intempestifs qui peuvent engendrer un mécontentement chez le soigné. Le bruit peut être nocif pour certaines personnes.

Au niveau de la lumière, les rayons du soleil tombant sur le visage d'un résident incapable de s'en protéger est un exemple d'excès intempestif. Un allumage excessif des lumières artificielles, surtout durant la nuit est une source première de l'insomnie causée par l'asthénie. Il nous va donc de même pour la température, aussi importante, que ça soit en période hivernale ou estivale.

La personne malade a très souvent froid, nous le savons, même en période de haute température. Surtout, les personnes fragiles qui peuvent vite tomber malade à cause du moindre courant d'air. Nous ne sommes pas forcément conscients du froid que la personne peut ressentir car le soignant est toujours en mouvement et a donc lui-même chaud. Par exemple, nous allons ouvrir les fenêtres pour aérer la pièce en début de matinée en pensant faire bien les choses alors que non. Immobile, le soigné ne va pas réagir à cela mais elle va éprouver une gêne qui va renforcer des comportements d'opposition et de rejet.

Par rapport à la chaleur, la personne soignée, quelquefois, aime bien celle-ci mais un peu trop, elle ne pense pas aux dangers qu'il peut y avoir en s'exposant trop à la chaleur, ce qui peut donc finalement être une agression pour la personne. Cela peut expliquer qu'il y ait eu environ 20 000 morts en France durant la canicule en août 2003. Il est préférable que le toucher lors des manipulations soit fait avec un contact très doux et avec empathie et observation sur l'état de la personne. Avec l'âge, le champ de vision de la personne soignée va se rétrécir, il est donc préférable et important de se mettre bien en face de la personne pour faciliter le bon déroulement du soin.

Il est préférable que la personne qui est susceptible d'être agressive ait une chambre individuelle afin d'apaiser des interrelations parfois très préoccupantes voire violentes. Cela n'empêchera pas le maintien d'une vie sociale dans des espaces communs. Nous pouvons aussi proposer des activités à la personne qui vont permettre de l'apaiser comme le toucher, les espaces Snoezelen, musicothérapie, la thérapie par l'art, ... Le fait que la personne s'occupe durant la journée va favoriser le sommeil de celle-ci parfois impossible à trouver sans aucun stimulus diurne. Après le soin, nous installons confortablement la personne au lit ou au fauteuil en respectant la manutention pour la sécurité de l'un et de l'autre. Nous faisons attention à la sécurité de la personne en mettant les barrières ou la ceinture, si nécessaire et nous mettons à disposition tout ce qui est nécessaire (lunettes, appareil auditif, sonnette, télécommande de la télévision, l'eau, un livre, ct.). Nous nettoyons et rangeons le matériel en respectant les circuits propres et sales pour le linge et le matériel. Nous éteignons notre présence et enfin, nous effectuons la transmission écrite sur le dossier de soin et pendant la réunion, une transmission orale avec le reste de l'équipe. Nous allons systématiquement mettre la famille au courant de l'état de santé du soigné mais pour questions précises sur celui-ci, nous allons l'orienter vers l'infirmier ou le médecin.

Comme nous l'avons donc compris, nous devons faire attention à plusieurs détails en plus, comme bien connaître la pathologie, l'ancienneté de la personne, corriger les petites choses qui conduisent à l'agitation de la personne, les massages et les activités qui peuvent prévenir les angoisses/crises du dément, faire attention à ne pas produire des excès de bruits qui peuvent énerver le soigné, ...

3. Quel est notre rôle, en tant qu'aide-soignant, contre l'agressivité d'un soigné ?

Face à l'agressivité par frustration, nous allons montrer notre compréhension à la personne, nous allons la laisser s'exprimer et donc vider son sac. Il faut bien évidemment garder son self-control. Nous allons rechercher des solutions ensemble et expliquer les procédures à respecter.

Face à l'agressivité réactionnelle, à ce moment-là, nous ferons donc face à une personne qui réagit à chaud. Il faut donc obligatoirement maintenir une distance de sécurité et si nécessaire, il faut fuir. Avant tout, nous devons essayer de comprendre pourquoi la personne est frustré et si son agressivité déclenche, nous allons nous retirer et laisser la personne souffler un peu pour se calmer et réfléchir un peu à tout ça. Nous reviendrons plus tard une fois que celle-ci soit calmé.

Face à l'agressivité instrumentale, celle-ci, comme vous le savez déjà, est utilisée pour un objectif précis et rien d'autre. Il faut donc rappeler les règles à la personne et les répéter s'il le faut, si elle ne peut pas avoir ce qu'elle veut, elle ne peut pas. Il faut infliger un choix à la personne (soit elle patiente comme tout le monde soit il y aura des conséquences). Exposer les conséquences et ce que celle-ci risque si elle ne les applique pas.

Face à l'agressivité pathologique, nous allons donc faire face à des comportements tout à fait irrationnels car la personne est aussi sous l'effet de son traitement par rapport à sa pathologie. Nous allons donc rappeler le cadre, les procédures et pour quelle raison ça se passe comme ça, tout ceci avec fermeté. Il ne faut surtout pas oublier de garder une distance de sécurité car nous ne savons pas forcément de quoi la personne est capable.

4. Quel est notre rôle, en tant qu'aide-soignant, contre la violence d'un soigné ?

De nos jours, les soignés sont beaucoup moins impressionnés par les détenteurs de pouvoir, c'est-à-dire les assistantes sociales, éducateurs, nous-mêmes en tant que soignants... Par exemple, certains soignées sont contrainte d'attendre le matin pour que nous venions faire leur toilette et ils jugent cela grave de devoir patienter un peu. Avant de pouvoir remplir notre rôle de soignant, nous devons gérer ces intolérances. Mais le fait d'être malade ou assisté,

d'handicapé, âgé ou même de souffrir ne donne pas le droit au soigné de tyranniser les aidants. Nous ne pouvons pas non plus admettre qu'un malade se sent abandonné par sa famille, il s'autorise à être agressif vis-à-vis de ceux qui le soignent. Pourtant, si la souffrance n'excuse en rien l'utilisation de la violence, nous sommes parfois forcés à l'excès et la violence. Mais, par exemple, quand un directeur de maison de retraite nous dit clairement qu'il s'en moque qu'on se fasse régulièrement frapper par une personne soignée, alors que nous sommes occupés de lui faire sa toilette et qu'il ne veut pas qu'on soit accompagné d'une collègue, il prend la responsabilité de notre réaction en retour : le risque de maltraitance.

Pour se sentir à la hauteur face à ce problème, nous avons besoin que le reste de l'équipe nous aide à répondre à ces situations délicates, qu'elle nous soutienne, qu'elle nous écoute, qu'elle ne nous juge pas, et enfin qu'elle nous montre et nous fasse confiance. Beaucoup d'entre nous tombent dans la systématique, ce qui nous conduit à penser que le soigné ne devrait pas être comme il est, surtout quand il nous pose un problème pour remplir notre rôle parfaitement. C'est pourquoi, il nous manque une réflexion sur le sens et les limites des soins. Pour ne pas nier le sens même de la relation d'aide au soigné, nous devons nous dire : << Je prends cette décision parce que je suis en accord avec moi-même.>> Car quand nous sommes en accord avec nous même, nous allons être en accord avec ce que l'on veut au plus profond de soi, c'est-à-dire avec le sens que l'on veut personnellement donner à son rôle et sa façon d'apprendre à se situer par rapport aux règles données par les institutions comme vis-à-vis de la violence des soigné ou de l'agressivité.

Il ne faut pas que nous ayons peur. C'est cette émotion, qui est l'obstacle, qui nous empêche d'entrer en relation de paix avec le soigné. Nous devons avoir confiance en soi car la confiance est le moteur de la relation aidante. Cependant, si nous sommes conscients de notre peur, on ne la nie pas mais alors on peut maîtriser cette peur et alors entrer en relation d'aide, et donc s'ouvrir au soigné. La seule manière de pouvoir gérer la violence de l'autre commence par oser constater l'effet que cette violence nous fait. C'est parce que nous l'aurons constaté et que nous seront ouverts à ce que nous aurons constaté, que nous pourrons envisager notre relation avec l'autre. L'observation de soi est donc influente parce qu'elle détermine la possible maîtrise de soi.

Concernant la famille de l'aidé, souvent soumis à leur culpabilité et à leur mauvaise conscience, quelque fois, elle se permette de nous infliger une pression parfois insoutenable alors que nous ne sommes pas préparés. Une famille qui n'accepte pas qu'une personne de sa famille est en fin de vie, se sentira mal psychologiquement car son souhait de le sauver sera irréalisable. Du coup, la famille nous infligera une grosse pression en nous faisons comprendre que si leur membre de leur famille décède, cela sera notre faute.

D'abord, il ne faut pas que nous ayons la peur du conflit car sinon on va vite se retrouver victime. Il est vrai que si on montre notre peur à la personne en face de nous, il se sentira supérieur à nous et se permettra d'élever la voix. L'une de nos premières difficultés est de faire la part des choses. Dans la gestion de la violence du soigné, nous serons divisés. D'un côté, nous serons conscients que le soigné nous marche sur les pieds et donc nous nous révoltons et de l'autre côté, nous sommes conscients de notre rôle et donc nous allons mettre tout en place pour s'ouvrir à la demande de l'autre.

Ensuite, il faudra que nous reconnaissons honnêtement notre insécurité et notre peur, car comme je le répète, c'est cette émotion qui nous empêche d'entrer en relation de paix avec le soigné. Nous devons avoir confiance en nous car la confiance est le moteur de la relation aidante. Par la suite, nous devons devenir plus éclairé et plus conscient de nous-même. Pour retrouver cette <<conscience de soi>> que nous perdons dans l'émotion que notre agresseur nous a infliger, nous allons pratiquer des simples exercices de respiration afin de re renouveler notre énergie et de réoxygéner notre cerveau. La pratique régulière du yoga, par exemple, n'est pas à négliger. Le yoga baisse notre niveau de stress, soulage notre anxiété, ... Le but est de parvenir à une disponibilité telle vis à vous de nous-même que nous ne nous laisserons pas distraite ou menacé par le soigné.

Après, sur base de notre conscience plus élargie, nous pourrons nous ouvrir au soigné sans le risque d'en faire les frais. Nous pourrons observer la totalité de la relation c'est à dire de ses deux points de vue. Ce que le soigné est pour nous et ce que nous sommes pour le soigné. Le soigné est conscient qu'il a besoin de nous car nous nous occupons de lui. Quand un soigné est réactif et dangereux, nous aurons besoin de présence, de sang froid et de vue d'ensemble, notamment nous abriter au danger qui nous menace.

Enfin, arrive le moment où nous devons nous relier à notre destinataire. Il faut se rappeler que la violence et l'agressivité du soigné ne sont que le produit de la frustration de ses besoins, de ses souffrances. Nous allons reconnaître la personne humaine qui a sous son masque de l'apparence. Il faut se dire que la violence présente est souvent le résultat de quelque chose qui n'a pas été entendu chez le soigné ou qu'il veut se faire entendre. Se souvenir de cela, nous permettra de trouver en soi la réponse aidante appropriée au soigné et nous permettrons de ne pas réagir à la violence sur le mode "œil pour œil, dent pour dent".

En tant qu'aide-soignant, nous devons éviter les paroles maladroitement, *par exemple, en lui disant comment il devrait être et le raisonner en lui expliquant ce qu'il devrait faire car elles sont non seulement inappropriées mais en plus de cela, elles sont nuisibles, car elles vont à l'encontre du but recherché du soigné. Plus nous allons dire au soigné violent qu'il ne devrait pas ou n'a aucune raison d'être agressive ou violente, plus nous renforçons son agressivité et sa violence.* Au contraire, nous devons reconnaître sa violence et ne pas lui résister, car en favorisant la non-résistance nous pourrions la calmer. Le sens de la relation d'aide n'est pas de maîtriser le soigné mais de l'aider à se maîtriser lui-même. Tout ce que nous avons à faire en tant que soignant quand il est en pleine crise d'agressivité ou de violence, c'est de ne surtout pas toucher à son endroit sensible et de ne pas y faire d'allusion. Le mieux à faire, c'est que nous attendons tranquillement que ça passe pour laisser retomber la pression et d'éviter de mettre de l'huile sur le feu.

A la suite, nous apportons une oreille attentive, une écoute neutre, au soigné. Nous pouvons même lui faire ressentir que nous sommes entièrement d'accord avec lui pour qu'il se détende. Si le soigné agit comme il agit, c'est qu'il avait forcément une raison juste pour lui et c'est à nous de la décoder, si cela est possible. Pour nous, la raison peut être semblé inapproprié, stupide, incohérente, mais elle est toujours valable aux yeux du soigné. La compréhension est libératrice chacun d'entre nous. Pour nous, elle est libératrice car nous allons comprendre pourquoi le soigné a réagi comme cela et pour le soigné, elle est libératrice car il se sent compris. Sa pression va retomber. Nous, en ayant compris la réaction du soigné, nous sommes plus détendus et nous nous faisons plus, ce qui va enfin nous permettre d'aider le soigné.

Nous ne pouvons pas jouer à celui qui comprend les raisons de la violence de l'autre car cela s'appellerait du cynisme ou de la manipulation sous prétexte que nous sommes victimes de notre

insécurité et donc la relation d'aide disparaîtrait. Mais, on peut les comprendre avec authenticité, c'est-à-dire avec la totalité de soi-même réunie : le cœur qui ressent, la tête qui pense et le corps qui agit et là, ça sera être en relation d'aide !

Si nous arrivons à faire ressentir au soigné violent qu'il est en accord avec lui et que, dans les circonstances présentes, il agi comme il a agi, alors la violence du soigné s'apaisera. Se préparant à la guerre, il se retrouvera face au vide de notre absence.

Comprendre l'autre n'est pas forcément être en accord avec lui. Si on sait que le soigné est violent juste par ce qu'il veut l'être et que c'est pour une raison injuste, cela ne nous nous empêche pas évidemment d'éviter les coups car du coup, nous savons que son attitude n'est pas juste et que nous n'arrivons pas à faire cesser sa violence en lui posant des limites.

Face à la violence du soigné, nous allons évaluer la gravité de la situation pour pouvoir agir et non à la juger avec ses peurs. En comprenant les souffrances du soigné, celui-ci se sentira compris et non jugé et donc, il osera s'exprimer verbalement et non par des coups.

Pour finir, nous savons maintenant que le conflit n'entraîne pas forcément l'échec de la relation, tout dépend de la manière dont il est géré. Nous avons que le fait d'avoir peur de l'autre nous empêche de s'ouvrir à lui, qu'il soit agressif voir violent. Nous savons qu'une communication ce n'est pas seulement de dire à l'autre ce que l'on pense de lui et ce qu'il devrait faire. Au contraire, nous devons être ouverts à toutes discussions et compréhensions sans pour autant négliger ce que nous ressentons. Nous savons que recourir à la violence ne sert à rien car la victime voudra toujours se venger un moment ou à un autre. Il nous suffit juste d'être à l'écoute et d'être compréhensif, tout en se préservant de juger.

5. Quel rôle ont l'équipe et l'institution indirectement/directement sur cette problématique ?

Premièrement, nous devons mettre en place une communication adaptée avec la personne qui a été violente. Nous pouvons lui demander pour quelle raison elle a réagi comme cela, si elle a des problèmes à l'extérieur ou si elle a des problèmes avec la personne concernée, ... Nous devons donner à la personne concernée un sentiment d'identité, lui montrer qu'elle a de la valeur et qu'on veut essayer de l'aider. Nous devons avoir une bonne attitude avec l'autre personne et avoir une voix calme quand on lui demande des explications et de ne pas enchérir dans la conversation car l'absence de rétroaction ²³ permet de calmer la personne qui a agressé.

Avec une personne qui est susceptible d'être agressif, il est important de garder une distance de sécurité lors de la conversation et d'effectuer sa prise en charge avec une ou plusieurs autres personnes. Il est important que nous apprenions à se protéger et connaître la pathologie de la personne soignée pour pouvoir avoir une bonne prise en charge. Nous pouvons répondre à la personne violente en lui disant que nous allons faire appel à des agents de sécurité dans le but d'intimider la personne et d'éviter une certaine agression.

Pour nous, il y a des formations sur le thème de la prise en charge de la violence physique, elles n'ont pas pour but d'utiliser la force mais de simplement savoir nous protéger en cas de violence et de savoir maîtriser l'agresseur en cas d'extrême urgence bien évidemment.

Si c'est nous-mêmes, soignants, qui avons agressé le soigné, nous allons faire un constat avec toute l'équipe et essayer de comprendre le pourquoi du comment via des preuves concrètes jusqu'où cette histoire a été. Par la suite, la direction, si besoin, jugera du sort de notre sort.

Tout d'abord, l'épuisement professionnel et le stress sont des facteurs importants de la maltraitance en rapport avec les professionnelles. C'est pourquoi, il nous faut promouvoir une bonne pratique, prévenir la médiocrité, exercer une formation professionnelle pour la résolution et la gestion de conflits et par la suite la gestion du stress et de la colère. Le fait que nous soyons écoutés par le reste de notre équipe, compris et aidé peut diminuer le risque d'abus. Aussi, par rapport au professionnels, le manque de notre connaissance en tant que personnel soignant est

²³ Effet rétroactif, résultat en retour d'une action sur la conduite de quelqu'un.

aussi une des causes, c'est pourquoi il nous conviendrait d'avoir une formation continue pour éviter cette maltraitance. Nous devons avoir des connaissances et des compétences professionnelles suffisantes pour travailler dans ce domaine. Nous devons être capable de vivre dans un milieu difficile et de faire face à des comportements agressifs et déments, puis de trouver l'énergie nécessaires à résoudre des situations de crise. Nos problèmes personnels font également partie des facteurs à risque. En effet, des histoires personnelles de violence, lorsque nous sommes abusés nous-mêmes, que nous vivons une difficulté personnelle, ou que nous souffrons de problèmes de dépendances comme l'alcoolisme ou la toxicomanie... tous ces problèmes peuvent exercer une influence sur nos relations avec les résidents. Comme moyens de prévention, le dépistage des antécédents du personnel soignant à l'engagement permet de s'assurer qu'ils font preuve d'une attitude professionnelle. Puis, comme moyen de prévention, il est nécessaire de surveiller les relations entre le personnel et le résident.

La pénurie de personnel et la surcharge de travail sont aussi des causes de cette situation. Cela va induire une mauvaise organisation du travail, un mauvais fonctionnement de l'institution et puis de la frustration. Comme moyen de prévention, l'institution pourrait recruter de nouveau professionnels. Notre équipe doit avoir une bonne communication et des valeurs communes car le manque de communication entraîne des difficultés dans nos relations. Puis, que nous prenons, chaque soignant, l'habitude de discuter des problèmes que nous rencontrons avec le soigné lors des réunions d'équipe.

Les difficultés rencontrées par les équipes dans les relations avec l'extérieur sont aussi des facteurs de risques. C'est-à-dire dans la relation que nous avons avec les familles, proches des résidents ou les médecins. Il faudrait que les soignants aient l'appui du médecin et/ou le soutien du tuteur lors d'un manque de communication.

En ce qui concerne les problèmes liés avec le soigné, la démence ainsi que de la dépendance qui touchent la personne sont deux éléments qui ressortent beaucoup des études par rapport à la maltraitance. Lors d'un soin, le résident peut être agité et agressif et ce qui peut être nous interprété comme provoquant. Certains soignants répondraient par de la violence. Quand la démence mentale ou physique est assez élevée, elle va nous apporter une surcharge de travail, qui peut nous entraîner du stress. Dans ce cas-ci, nous avons juste le devoir d'être bien formé et d'appliquer les bons gestes en lien avec la déontologie, que le soigné soit dément ou non. En

effet, le code établit clairement le respect des droits humains, qui inclut le droit à la vie, à la dignité, d'être traité avec respect. Comme ces abus passent souvent inaperçus chez les personnes démentes car elles n'arrivent pas à se manifester à cause de la baisse des fonctions cognitives, il est important d'informer et de sensibiliser les résidents et les membres de la famille s'ils suspectent un acte de violence. Il peut être aussi indispensable que nous suivons des cours de formation sur la relation soignant-soigné et sur la démence pour comprendre les manifestations de violence sur les soins aux personnes démentes puis sur la gestion du conflit et du stress pour réduire l'épuisement professionnelle.

L'isolement social du résident par rapport aux membres de sa famille est aussi une des causes. La perte d'amis et de parents réduit les possibilités d'interaction sociale, ce qui est un problème pour le résident car s'il subit de la violence, il lui sera impossible de demander de l'aide en dehors du cercle familial, ce qui explique qu'un meilleur soutien social serait un moyen de prévention. Le dépistage du manque de soutien social et la recherche de moyens pour un meilleur soutien social peut aider et améliorer la santé du soigné.

La non-déclaration en cas de violence est aussi une autre cause. Comme moyen de prévention, nous devons être informer sur nos droits et les procédures de signalement, une formation sur les personnes de références à l'extérieur de l'institution peut nous permettre, en tant que soignés, d'exprimer nos plaintes sans craintes de répercussions négatives sur nous-mêmes.

6. Quel est notre rôle, en tant qu'aide-soignant, pour prévenir un conflit ?

La prestation de soins axés sur le soigné constitue une dimension importante de la relation thérapeutique. Nous allons lui transmette les informations nécessaires et en le faisant participer à la prise de décisions. Nous allons aussi chercher à comprendre les motifs de son comportement et d'adopter des stratégies de communication qui vont au-devant de ses besoins. Les soins donnés sur le soigné impliquent des méthodes qui aident à prévenir les comportements susceptibles de causer ou d'aggraver un conflit. Nous allons donc poser des questions ouvertes au soigné afin de saisir les motifs d'un tel comportement. Nous allons pratiquer l'écoute active, nous allons adopter un langage corporel qui reflète une attitude calme et respectueuse, nous allons tenir compte des inquiétudes du soigné pendant les soins de santé,

nous allons respecter les préoccupations ainsi que les valeurs du soigné, nous allons aussi anticiper l'éventualité d'un conflit si un problème s'est déjà posé par le passé.

En tant que membre de l'équipe soignante, nous allons aussi collaborer avec nos collègues pour prodiguer des soins efficaces et conformes aux normes de sécurité et de déontologie. Les conflits que nous pouvons avoir entre collègues peuvent nuire à la qualité des soins car ils vont engendrer une mauvaise communication, une mauvaise collaboration et un mauvais travail d'équipe. Le risque que nous nous faisons maltraiter par le soigné diminue lorsque les mauvais traitements ne sont pas tolérés au sein même de notre équipe. Il existe beaucoup de stratégies que nous pouvons mettre en place pour prévenir les conflits. Nous allons cultiver la collégialité, la confiance et le respect au sein de notre équipe ; favoriser un climat de travail où les comportements conflictuels (exclusion ou cliques dysfonctionnelles, p. ex.) ne sont pas tolérés ; trouver des occasions d'apprentissage qui aideront les membres du personnel à se familiariser davantage avec le processus de résolution des conflits. Avec nos collègues, nous allons élaborer un plan de soin inspiré des meilleures pratiques pour amener le client à modifier son comportement, nous allons connaître les facteurs à la source des conflits afin de pouvoir intervenir rapidement pour désamorcer les situations conflictuelles.

Pour que nous ayons un environnement de travail de qualité, nous devons établir une culture propice à la prévention de l'aggravation des conflits. Pour cela, notre supérieur doit avoir mis en place des mécanismes nécessaires qui permettent au personnel soignant d'intervenir le plus rapidement possible afin de prévenir toute escalade. Nous avons un environnement physique qui crée un sentiment de sécurité comme des miroirs, gardes de sécurité, barrières de protection, caméras...

Nous allons également favoriser la communication et la collaboration avec l'entourage/la famille du soigné afin de comprendre le pourquoi de ses attitudes, son passé, ses préférences, les choses qu'ils l'angoissent, afin de mettre en œuvre des stratégies pour atténuer le stress et les répercussions du changement. Cela va nous permettre aussi de définir et combler le plus rapidement possible les besoins en matière d'effectifs, particulièrement en période de pointe.

Conclusion

Nous voici donc à la fin de cette épreuve intégrée. Afin de résoudre la problématique du comportement que nous devons avoir face à l'agressivité du soigné en évitant la maltraitance, nous avons travaillé trois grandes parties distinctes. Celles-ci nous ont permises de développer un maximum ce sujet dans cette épreuve intégrée. Nous avons développé différentes notions comme la relation soignant-soigné, l'agressivité, le conflit et la violence. Cette problématique nous a causé beaucoup de difficultés et grâce à elle, nous avons pu apprendre de nouvelles choses et approfondir nos connaissances.

Nous avons vu que la lumière, la température et le climat peuvent favoriser la relation soignant-soigné lors d'un soin. Qu'il faut évidemment bien connaître le dossier médical du soigné, sa personnalité, ses zones douloureuses mais il est également très important d'avoir une communication claire et douce avec le soigné sans hésiter à utiliser la redondance. On a pu apercevoir qu'établir une relation de confiance avec celui-ci ne peut que nous apporter des avantages lors du soin. Il y a encore énormément de choses qui peuvent nous permettre de pratiquer un soin dans les meilleures circonstances. Nous avons également pu comprendre qu'un soin avec un soigné sans aucune démence ne sera pas pareil qu'avec une personne démente. Il est préférable pour le dément qu'il ait une chambre individuelle. Il faut bien évidemment connaître sa pathologie et donc connaître sa personnalité intérieure. Nous avons pu comprendre que face à des activités quotidiennes comme l'emmener dans le snoezelen, pourraient diminuer ses crises. Le Snoezelen est une activité vécue dans un espace spécialement aménagé, éclairé d'une lumière tamisée, bercé d'une musique douce, un espace dont le but est de recréer une ambiance agréable. On y fait appel aux cinq sens : l'ouïe, l'odorat, la vue, le goût et le toucher. Nous avons pu voir qu'il y a également différentes sortes d'agressivité et qu'on réagira différemment selon celle en cours, comme par exemple, avec l'agressivité par frustration où nous devons plutôt favoriser la compréhension de l'autre et donc le laisser s'exprimer afin de trouver des solutions ensemble. Nous devons toujours avoir une oreille attentive envers le soigné et au grand jamais, nous devons éviter de lui montrer notre peur car il pourra justement, prendre cela comme une faiblesse. Il est essentiel que nous soyons déjà en accord avec nous

même, bien et épanoui dans notre vie professionnelle comme dans notre vie privée, pour pouvoir être aptes à apporter le meilleur de nous même lors de nos soins avec le soigné. Nous devons aussi adopter un langage corporel qui reflète une attitude calme et respectueuse, nous sommes capables de tenir compte des inquiétudes du soigné pendant les soins de santé, nous respectons les préoccupations ainsi que les valeurs du soigné, nous devons savoir aussi anticiper l'éventualité d'un conflit si un problème s'est déjà posé par le passé. En tant que membre de l'équipe soignante, il est important que collaborons avec nos collègues pour prodiguer des soins efficaces et conformes aux normes de sécurité et de déontologie. Nous devons élaborer un plan de soin inspiré des meilleures pratiques en fonction du soigné. Nous avons également vu qu'il est essentiel que nous favorisons la communication et la collaboration avec l'entourage/la famille du soigné afin nous permettre de définir et combler le plus rapidement possible les besoins en matière d'effectifs, particulièrement en période de pointe.

Ce travail nous a permis de nous rendre compte de l'importance du suivi du patient et de la qualité de nos soins pour éviter tout débordements.

Annexes

- I. Annexe : Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson.
- II. Annexe : Les types de conflit.
- III. Annexe : Situation à gérer.
- IV. Annexe : La pyramide de Maslow.
- V. Annexe : Schéma de communication.
- VI. Annexe : Le graphique du processus du conflit.
- VII. Annexe : Le schéma décisionnel.

I. Annexe : Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson.

- Le besoin de respirer : nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation satisfaisante ;
- Le besoin de boire et de manger : nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme ²⁴ afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus ;
- Le besoin d'éliminer : nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme ;
- Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position : nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental ;
- Le besoin de dormir et de se reposer : nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie ;
- Le besoin de se vêtir et de se dévêtir : nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale ;
- Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normal : nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante ;
- Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments : nécessité pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien être ;
- Le besoin d'éviter les dangers : nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale ;

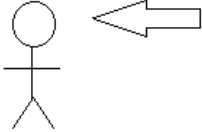
²⁴ L'ensemble des réactions chimiques qui se déroulent à l'intérieur d'un être vivant et lui permettent notamment de se maintenir en vie, de se reproduire, de se développer.

- Le besoin de communiquer : nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions ;
- Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance ;
- Le besoin de s'occuper et de se réaliser : nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.
- Le besoin de se récréer : nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit ;
- Le besoin d'apprendre : nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.

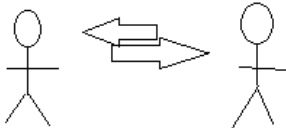
II. Annexe : Les types de conflit.

Types de conflits

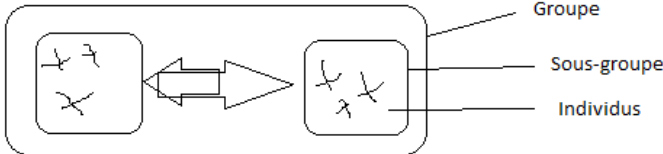
Le conflit intra-personnel



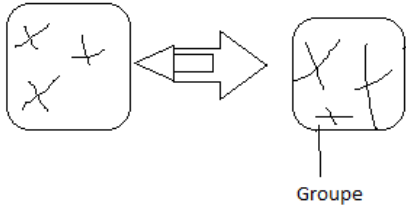
Le conflit inter-personnel



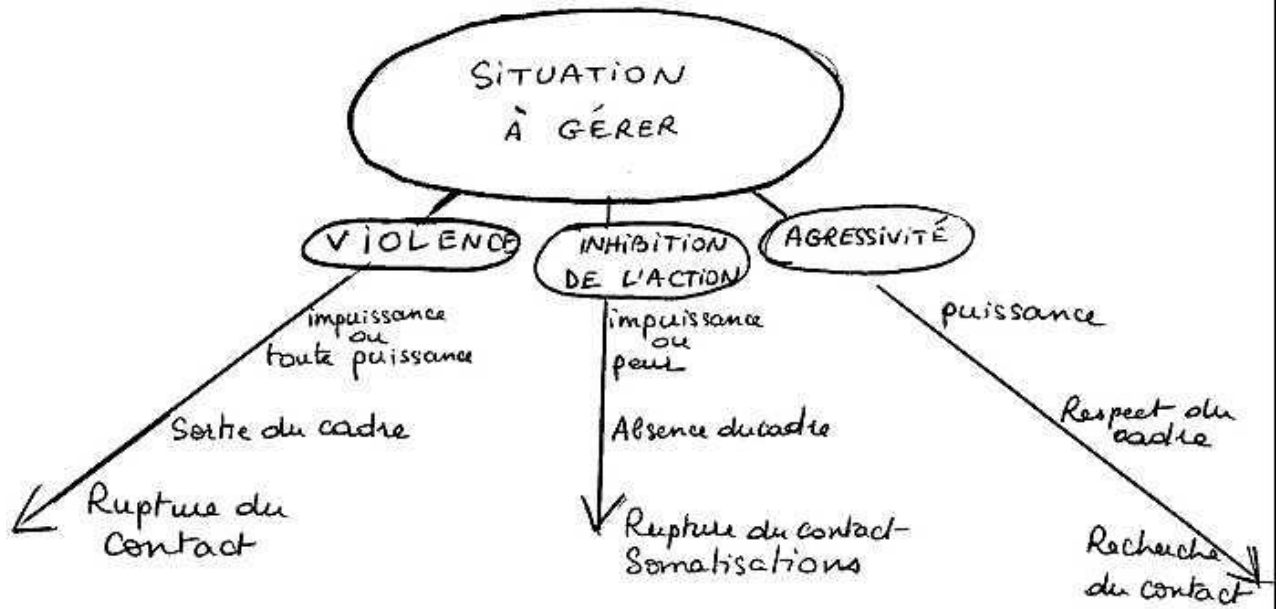
Le conflit intra-grp



Le conflit inter-groupe



III. Annexe : Situation à gérer.



Pour différencier agressivité et violence, nous avons plusieurs critères. Premièrement, nous avons l'existence d'un sentiment de puissance, d'impuissance et de toute puissance. La toute-puissance et l'impuissance sont du côté de la violence mais la puissance est du côté de l'agressivité.

Certaines violences s'expriment lorsqu'une personne vit de l'impuissance. A ce moment-là, elle peut aller jusqu'à donner des coups, détruire un être ou un objet car elle n'a pas su obtenir ce qu'elle veut ou parce qu'elle est niée et qu'elle n'a plus rien à perdre. Dans ce cas-ci, l'acte violent va se faire car celle-ci n'aura pas su obtenir ce qu'elle veut et voudra donc exprimer son impuissance, sa rage, son dépit.

D'autres violences peuvent survenir quand la personne vit de la surpuissance, qui se résumerait par la phrase : « si je veux, je fais, que l'autre soit d'accord ou non ».

Certaines violences peuvent être associées à un vécu de surpuissance ou de toute-puissance, qui se résumerait par la phrase : « si je veux, je fais, que l'autre soit d'accord ou non ».

Deuxièmement, comme critère de différence entre agressivité et violence, nous avons le comportement avec le cadre.

A savoir, le cadre est l'ensemble des lois sociales ou les règles qui régissent les relations interpersonnelles. Comme nous pouvons le voir sur le schéma, l'agressivité peut s'exprimer dans le respect du cadre alors que la violence s'accompagne toujours d'une sortie du cadre.

Le dernier critère de différence est la notion de contact. La violence cause la rupture de la relation car l'autre devient l'objet à détruire alors que dans l'agressivité, il y a la conscience de l'existence de l'autre et rencontre de cet autre. Nous constatons que la violence et l'agressivité sont deux forces opposées, la première mène vers la rupture du contact, la deuxième vers le plein contact.

Pour finir, quand une personne se trouve devant une situation à gérer, elle a trois réponses possibles qui se donnent à elle. Soit elle agit et du coup, elle peut le faire de deux façons totalement opposées avec violence ou soit avec agressivité. Ou alors elle peut s'inhiber et ne pas réagir, au moins extérieurement, car si ce comportement se répète encore et encore, il peut se marquer dans le corps sous forme de somatisation.

La somatisation est l'expression d'une souffrance psycho-sociale ou intrapsychique par des plaintes corporelles qui peuvent conduire à une consultation médicale. Une douleur psychosomatique est une douleur physique causée ou augmentée par des facteurs mentaux et émotionnel.

IV. Annexe : La pyramide de Maslow.



La pyramide de Maslow

Les besoins physiologiques :

Liés à la survie des individus. Ce sont typiquement des besoins concrets et fondamentaux (respiration, alimentation, élimination, maintien de la température, repos et sommeil, activité musculaire et neurologique, contact corporel, vie sexuelle).

Les besoins psychologiques :

Besoins liés à la sécurité (protection physique et psychologique, emploi, stabilité familiale et professionnelle), de propriété (avoir des choses et des lieux de soi) et de maîtrise (pouvoir sur l'extérieur).

Les besoins sociaux :

Relève la dimension sociale de l'individu qui a besoin de se sentir accepté par les groupes dans lesquels il vit (famille, travail, association, ...)

Le besoin d'estime :

Sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur. C'est le point de départ de l'acceptation de soi et du développement de l'indépendance.

Le besoin d'accomplir (réalisation de soi) :

Accroître ses connaissances, développer ses valeurs, épanouissement de l'individu.

V. Annexe : Schéma de communication.

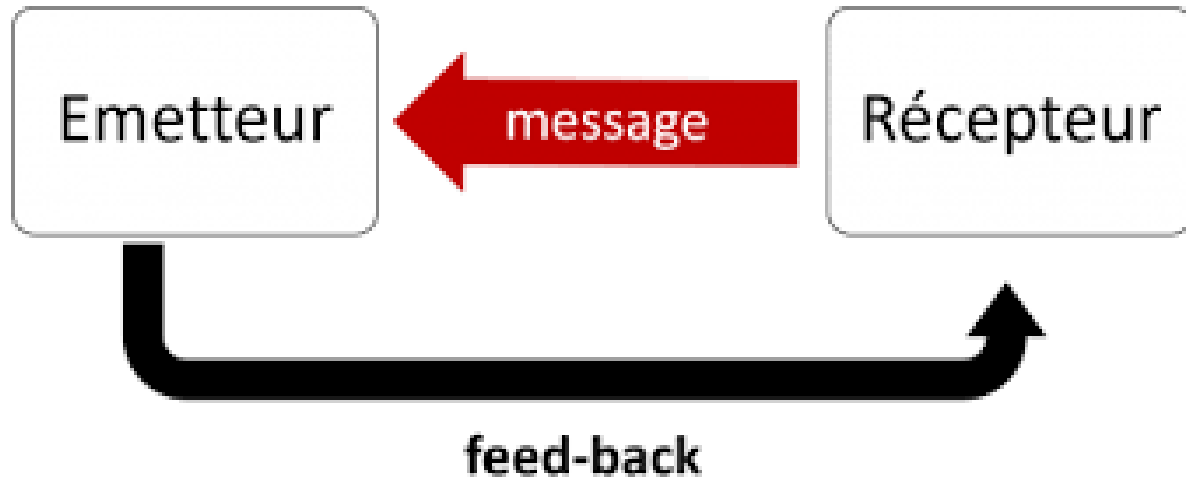


Schéma de la communication

L'émetteur est celui qui envoie le message par écrit ou oralement. C'est l'élément de la situation de communication qui permet de répondre à la question : « Qui est-ce qui dit ça ? ». Selon des situations différentes, l'émetteur peut être réel (personne, auteur, ct.) ou fictif (personnage, narrateur, etc.). Dans un roman, c'est le narrateur, dans un éditorial de journal, c'est l'auteur du texte, par exemple.

Le récepteur est celui qui reçoit le message. L'émetteur communique habituellement son message à une personne ou à un groupe. Dans la communication, la personne à qui s'adresse le message est le récepteur (destinataire). Cet élément de la situation de communication permet de répondre à la question : « A qui s'adresse le message ? ». Le récepteur peut être un groupe, un individu, une machine ou un animal.

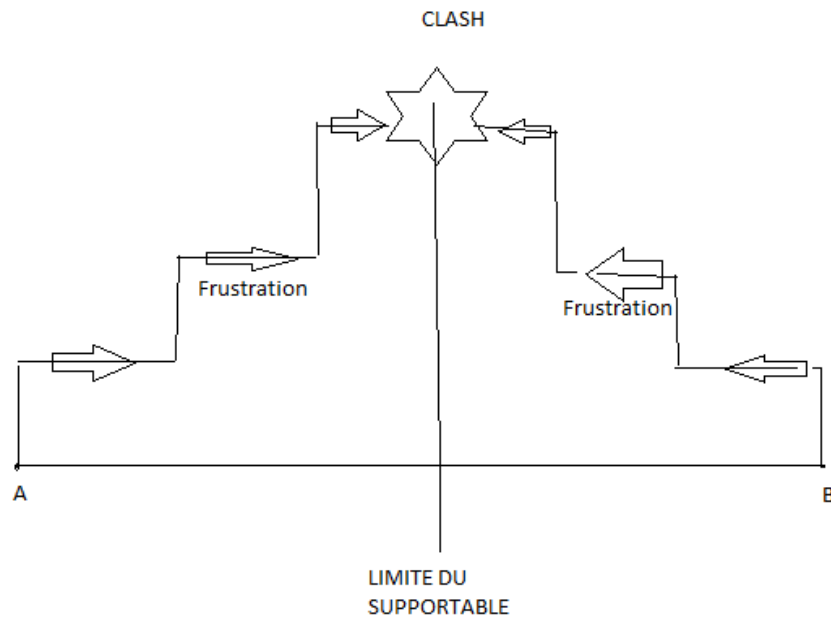
Le message est toujours le sujet de la communication, un élément qui fournit une réponse à la question : « Qu'est-ce qui a dit ? ». Le message est le discours, le texte, ce qu'il « faut faire passer », lorsqu'il y a un message, cela suppose un codage et un décodage, d'où la présence du code.

Le code est l'ensemble de signes et de règles de combinaison de ces signes utilisés pour se faire comprendre. Il y a les signes gestuels comme le langage corporel, il y a les signes linguistiques comme le langage oral et écrit, les signes iconiques comme les images et symboles.

Enfin, la rétroaction ou le feedback. Pour bien se faire comprendre, il ne suffit pas faire passer un message mais il faut s'assurer que le message a bien été compris. Le récepteur peut fournir des rétroactions positives ou négatives au sujet des messages qu'il a reçus. Par exemple, il opine de la tête, pose des questions, fait un commentaire... Cela va permettre à l'émetteur de savoir si le message a été reçu.

VI. Annexe : Le graphique du processus du conflit.

Graphique processus du conflit

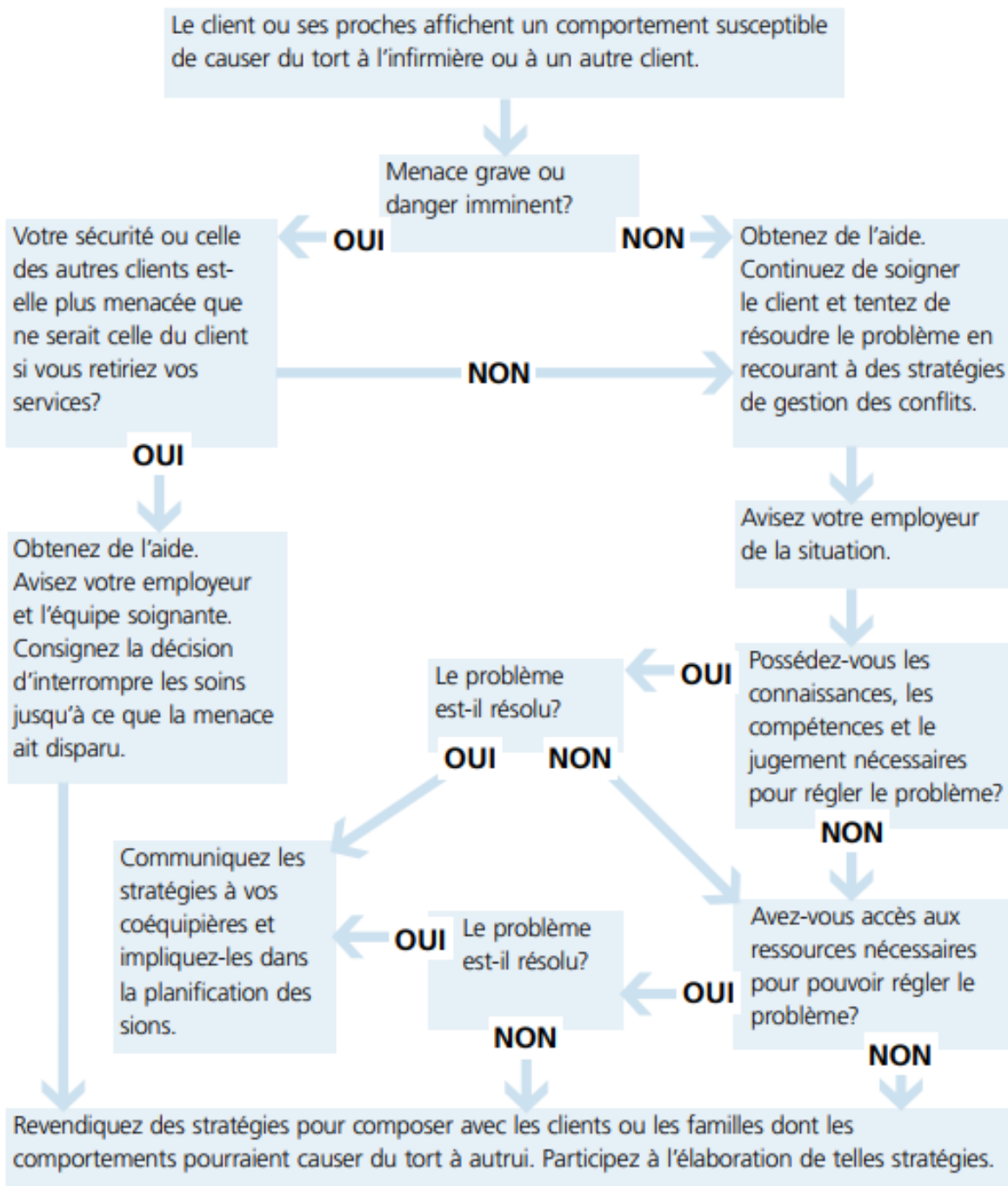


Par exemple,

A et B sont amis ou collègues. A va mal parler à B, du coup B va passer un cran au-dessus de la frustration. Frustré, B va aussi mal parler à A. Le niveau de frustration de A va donc augmenter. Tous les deux vont sans cesse s'énerver et leur niveau de frustration va continuer d'augmenter. Au fur et à mesure, ils vont dépasser la limite du supportable, ce qui va provoquer un clash.

VII. Annexe : Le schéma décisionnel.

Schéma décisionnel – Interrompre la prestation des services



Bibliographie :

Webographie :

Novembre – décembre :

Consulté le 18/11/20

-<https://www.aidonslesnotres.fr/autres-pathologies/lagressivite-chez-la-personne-agee/?fbclid=IwAR1c5qyU4-Ri8t5mMYM6Xcpx052WjaoKyVeU-SBdA4JEveJfm-7KAcTM>

Consulté le 19/11/20

-https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69015780&typedoc=N&fbclid=IwAR0J_FB46mr0sO4AGY9oLTYMYzqAKye1qAeJ48YkfEZhtM3MjaPBHXV_Vh8

-<https://www.evolute.fr/relation-aide/gerer-agressivite-aide?fbclid=IwAR39bGvN02MGXr3kicDLnPiTKNFUYRG2RcRWaDuYs1SStDhJzQYxYTihPUg>

Consulté le 10/12/20

-https://www.syndicat-infirmier.com/Relation-soignant-soignee-maltraitance-ordinaire-a-l-hopital.html?fbclid=IwAR1LKSfsPrJ_COAdOY6FL1hvQVq7Cd_UkCS5pBWhrTB2HJccQ10VU2SqrjM

-<http://dictionnaire.sensagent.leparisien.fr/soignant/fr-fr/>

Consulté le 11/12/20

-https://unemietteinfirmiere.wordpress.com/2012/10/19/la-relation-soignant-soigne/?fbclid=IwAR31LIJbgH4tF7cfn9LYZOvsf49eL3ag4cgx_FgEny9CvcGIJX-QZQPIRA

-https://www.platfornemepsylux.be/troubles-et-maladies/agressivite/?fbclid=IwAR1ObT9jrryFiw7_azOIAF_J1I28nLZMBISCjmA8z2MI_9FOgK59tTlslU4

Janvier – février :

Consulté le 2/01/21

[-https://www.editions-tissot.fr/actualite/sante-securite/les-comportements-agressifs-et-violents?fbclid=IwAR0F6bICkxmaXt30EbnfEH8aWkkHbpsEruhoswbxp963nXjWykgBQDxULgo](https://www.editions-tissot.fr/actualite/sante-securite/les-comportements-agressifs-et-violents?fbclid=IwAR0F6bICkxmaXt30EbnfEH8aWkkHbpsEruhoswbxp963nXjWykgBQDxULgo)

Consulté le 09/01/21

[-https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants/consequences-court-et-long-terme-de-la---maltraitance?fbclid=IwAR0Lv7quGTsJPXScFuY8DFQScsiTP5AocXpNNK-4VfYeME_eTfZ7mFZAuMY](https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/la-violence-et-la-maltraitance-envers-les-enfants/consequences-court-et-long-terme-de-la---maltraitance?fbclid=IwAR0Lv7quGTsJPXScFuY8DFQScsiTP5AocXpNNK-4VfYeME_eTfZ7mFZAuMY)

Consulté le 03/02/21

[-https://www.cairn.info/revue-infokara1-2001-4-page-5.htm?fbclid=IwAR2HiKaPucE8qT1-QziHVceN9jfRvhwaozOd3jB-6kh8OofWOLeTafWL-hM](https://www.cairn.info/revue-infokara1-2001-4-page-5.htm?fbclid=IwAR2HiKaPucE8qT1-QziHVceN9jfRvhwaozOd3jB-6kh8OofWOLeTafWL-hM)

Avril – mai :

Consulté le 02/04/21

[-https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/etudes-paramedicales/80-fiches-pratiques-aide-soignant](https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/etudes-paramedicales/80-fiches-pratiques-aide-soignant)

[-https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2014-4-page-21.htm](https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2014-4-page-21.htm)

[-https://pro.guidesocial.be/articles/dossiers-a-la-une/article/aide-soignant-e-le-guide-pratique-du-metier](https://pro.guidesocial.be/articles/dossiers-a-la-une/article/aide-soignant-e-le-guide-pratique-du-metier)

Consulté le 06/05/21

[-https://www.cairn.info/journal-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-50.htm](https://www.cairn.info/journal-recherche-en-soins-infirmiers-2005-3-page-50.htm)

Juin – juillet :

Consulté le 28/06/21

[-https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-preventifs](https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/domaines-de-soins-specifiques/soins-preventifs)

Aout – septembre :

Consulté le 17/08/21

<https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/l-agressivite-en-milieu-medicale-est-elle-la-faute-du-soignant><https://www.patricknamotte.be/incidents-sociaux-et-relations-sociales/>

Consulté le 22/08/21

<https://confiance-en-soin.com/lagressivite-des-patients-ou-de-leur-famille/>

Cours :

<http://lereservoir.eu/MODALITESEIAS.html>

- Cours UE8 méthodologie appliquée, communication appliquée de Madame Père

-Cours UE 6 : approche conceptuelle des métiers de l'aide et des soins aux personnes de Madame Père

Divers :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

<https://www.lerobert.com/>